

AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB



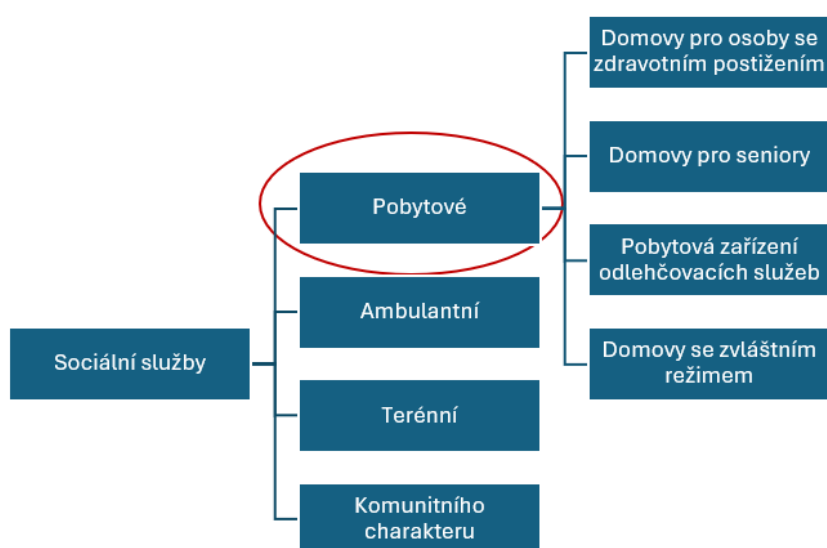
SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE

Editoři:
MUDr. David Marx, Ph.D.
Ing. Gabriela Franková

2. vydání, 2026
účinné od 1. října 2026
© Spojená akreditační komise, o.p.s.

Akreditační standardy pro poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb **jsou určeny pro pobytová zařízení** (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a odlehčovací služby), **která poskytují:**

- ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb dle §10, odst.1, písm. c) zákona o zdravotních službách a/nebo
- sociálně-zdravotní lůžkovou péči dle §9, odst.2, písm. e) zákona o zdravotních službách.



Poděkování

Tyto Akreditační standardy byly zpracovány za laskavých připomínek:

- Mgr. Petra Hanuše
- Ing. Daniely Luskové, MPA, MHA
- Mgr. Jitky Dejmkové
- Mgr. Olgy Hasákové
- Mgr. Martiny Šližové, MBA
- MUDr. Mgr. Ing. Adama Žaludka, Ph.D., MBA, LL.M.
- Ing. Radka Wiltavského



Obsah

Předmluva	4
Úvod	5
Pojmy	6
Zkratky	7
Akreditační standardy a akreditace Spojené akreditační komise	8
Kapitola I. Cíle, postupy a dokumentování poskytovaných zdravotních služeb	11
Kapitola II. Ochrana práv osob při poskytování zdravotních služeb a stížnosti na kvalitu zdravotních služeb	26
Kapitola III. Individuální plánování zdravotních služeb	35
Kapitola IV. Návaznost a dostupnost poskytovaných zdravotních služeb	39
Kapitola V. Personální a organizační zajištění zdravotních služeb a profesní rozvoj zdravotnických pracovníků	46
Kapitola VI. Zajištění bezpečí prostředí a protiepidemických opatření při poskytování zdravotních služeb	52
Kapitola VII. Nouzové a havarijní situace, řízení rizik při poskytování zdravotní péče	61
Kapitola VIII. Zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb	66
Příloha č. 2 Vazba kritérií SKSS a Standardů SAK	76
Příloha č. 3 Seznam vnitřních předpisů, vyžadovaný standardy SAK	78

Předmluva

Spojená akreditační komise si při svém vzniku (téměř před 30 lety) definovala svoje poslání. Tím je trvalé zvyšování kvality a bezpečí při poskytování zdravotní péče. Naším pracovním „nástrojem“ je obecně řečeno „akreditační činnost“. Ta zahrnuje primárně tvorbu akreditačních standardů pro zařízení tuto péči poskytující. S využitím standardů pak můžeme následně porovnávat jejich soulad s praxí, tedy provádět tzv. externí hodnocení kvality a bezpečí.

Vzhledem k rozmanitosti poskytované zdravotní péče (ambulantní, hospitalizační, akutní, následná atd.) jsou proto postupně Spojenou akreditační komisí vytvářeny a trvale (především v souvislosti se změnami příslušných legislativních norem) aktualizovány specifické sady akreditačních standardů. Právě proto nyní přicházíme s tímto druhým vydáním Akreditačních standardů pro poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Výše zmíněná zařízení, kombinující oblast sociální a zdravotní pracují s řadou specifických podmínek a faktorů (legislativních, personálních, provozních, ekonomických atd.), ale hlavně poskytují péči klientům, pacientům s řadou závažných onemocnění převážně chronického rázu, obvykle s určitým stupněm omezené sebeobsluhy atd. O to více je kladen důraz na včasné vyhledávání možných rizik, o to více je potřeba vzájemné propojení činnosti pracovníků sociální a zdravotní sféry.

Vedení snahou o naplňování výše uvedených cílů byli i oba autoři tohoto vydání, za což jim patří velké poděkování. Přejme si, aby tento nový „nástroj“ byl užitečným pomocníkem pro všechny, kdo poskytují sociálně-zdravotní péči klientům pobytových zařízení sociálních služeb a napomohl tak ke kontinuálnímu zvyšování její kvality a bezpečí.

MUDr. Ivan Staněk, MBA
předseda Správní rady SAK

Úvod

Poskytování sociálně-zdravotní péče klientům pobytových zařízení sociálních služeb je náročným procesem, který je regulován hned dvěma stěžejními zákony (zákon o sociálních službách a zákon o zdravotních službách) a vstupuje do něj mnoho faktorů vyžadujících systémovou integraci obou oblastí (sociální péče a zdravotní péče) do jednoho funkčního celku s cílem maximálního prospěchu pro klienta (jeden klient – jeden integrovaný plán péče).

Zákonné požadavky pro obě uvedené oblasti vyžadují jak zavedení postupů proaktivní identifikace a řízení rizik, spojených s poskytovanými službami, tak kontinuální zvyšování jejich kvality a bezpečí, přičemž nástroje pro posuzování shody legislativních požadavků s praxí nejsou konzistentní (např. Standardy kvality sociálních služeb, Akreditační standardy pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb apod.). Tento stav může být pro pracovníky pobytových zařízení sociálních služeb poskytujících sociálně-zdravotní péči poměrně netransparentní a může vést k riziku nepropojení/odtržení zdravotní a sociální péče.

Nejčastějšími chybami je např. zavedení dvou, vzájemně nekorespondujících systémů řízení kvality a bezpečí, dvou rozdílných systémů pro řízení vnitřních předpisů či provádění interní auditní činnosti, personální zajištění řízení kvality a bezpečí více osobami bez jasně nastavených vzájemných komunikačních a interakčních vazeb. Důsledkem tohoto stavu je pak zbytečná administrativní zátěž, informační neprovázanost a chybějící kontinuita informací o stavu klienta a jeho potřebách či chybějící integrace péče. V kontextu těchto chyb je třeba si uvědomit, že struktura klientů pobytových zařízení sociálních služeb se za poslední období zásadním způsobem změnila a vykazuje stále rostoucí trend počtu klientů s potřebou zdravotní péče. Z uvedeného důvodu je systémově řešená návaznost, včetně komunikační, sociální a zdravotní péče obligatorní. Tento fakt reflektují i obě klíčová ministerstva (Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví), což dokladuje i provázanost některých ustanovení zmíněných zákonů.

Toto druhé vydání Akreditačních standardů pro poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb si klade za cíl oba systémy vzájemně propojit a zjednodušit jejich řízení a administrativu integrací zdravotních služeb do již existujícího řízení kvality sociálních služeb. Vždy je třeba mít na paměti, že se jedná o jednoho klienta, kterému poskytuje služby jedno PZSS a měly by být tedy koordinované a provázané.

Při zpracování tohoto 2. vydání Akreditačních standardů SAK pro poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb jsme zohledňovali jak Standardy kvality sociálních služeb, tak Výkladový sborník pro poskytovatele.

Oproti 1. vydání standardů došlo především ke změně názvů a struktury jednotlivých kapitol a přeřazení standardů do těchto nových kapitol s cílem vytvořit transparentnější vazbu na Standardy kvality sociálních služeb. Z původních 5 kapitol má 2. vydání kapitol 8 a celkový počet standardů se navýšil ze 40 na 47. Nové standardy se zaměřují především na identifikaci a léčbu bolesti (st. 1.7), respektování kulturních, spirituálních a náboženských hodnot klientů (st. 2.2), informovaný souhlas klienta (st. 2.3), používání omezovacích prostředků (st. 2.6), bezpečí prostředí (st. 6.5), systém včasné detekce zhoršení stavu klienta (st. 7.2), ochranu před požárem či zakouřením (st. 7.3) a systém řízení vnitřních předpisů (st. 8.2).

Další úpravy se týkaly především interpretačního upřesnění, doplnění vysvětlivek a aktualizace odkazů na účinnou legislativu. V zájmu zvýšení transparentnosti je u každého standardu SAK rovněž doplněn odkaz na korespondující Standard kvality sociálních služeb. Přílohy č. 1 a 2 pak uvádějí rámcové vysvětlení možného propojení obou sad standardů kvality a příloha č. 3 specifikuje požadavky standardů na povinné vnitřní předpisy.

Pojmy

V těchto akreditačních standardech jsou pro zjednodušení používány následující obecné pojmy, kterými se rozumí:

Institucionální náказы	Zkrácený název pro Infekce spojené s poskytováním zdravotní péče.
Léčivé přípravky	Označení pro léčivé přípravky a léčiva.
Legislativa	Pro zjednodušení je tento pojem užíván v rámci standardů pro označení právních předpisů, přičemž vždy je míněno pouze platné znění.
Oslabený senior	Křehký senior, jehož zdravotní stav a soběstačnost jsou výrazně sníženy z důvodu kombinace vysokého věku, chronických onemocnění, tělesné slabosti a zhoršené schopnosti organismu zotavit se ze zátěže (nemoci, úrazu).
Pobytové zařízení sociálních služeb	Pro potřeby těchto standardů se rozumí pobytové zařízení sociálních služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a odlehčovacích služeb), které má rovněž oprávnění k poskytování zdravotních nebo sociálně-zdravotních služeb ¹ .
Sociálně-zdravotní služby²	Vzájemně koordinované poskytování sociální a zdravotní péče osobě, jejíž stav vyžaduje poskytování sociální a zdravotní péče současně. Poskytovatel těchto služeb je držitelem oprávnění k poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a zároveň oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách.
Sociálně-zdravotní lůžková péče	Péče, která je poskytována pacientovi/klientovi s dlouhodobým chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením, vyžadujícímu pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb, jehož zdravotní stav se bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče zhoršuje; tuto péči nelze poskytovat jako součást sociálně-zdravotních služeb komunitního charakteru.
Standardy SAK	Standardy SAK pro zdravotní služby v pobytových zařízeních sociálních služeb.
Školení	Jedná se o obecný pojem, užívaný v textu standardů, který definuje požadavek na systémové zvyšování znalostního potenciálu zaměstnanců PZSS v definované oblasti. Formu, rozsah a způsob dožitelnosti s výjimkou povinných školení v souladu s platnou legislativou (např. BOZP, instruktáže u zdravotnických prostředků apod.), si stanoví PZSS sám. Může se jednat například o seznámení s postupy, které proběhne v rámci provozní porady, prokazatelné seznámení s vnitřním předpisem, který standardizuje příslušnou problematiku, e-learning apod.
Zákon o sociálních službách	Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách v platném znění.
Zákon o Zdravotních službách	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. V celém textu standardů je používán zkrácený název „Zákon o zdravotních službách“.

¹ §36, odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s výjimkou ambulantních sociálních služeb.

² §36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §9, odst. 2, písm. e) a §10, odst. 1, písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zkratky

BLS	Basic Life Support / Základní neodkladná resuscitace
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČR	Česká republika
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník dle zákona č. 96/2004 Sb., v platném znění; je-li v textu uvedena bližší specifikace (např. sestra pro kontrolu infekcí apod.), znamená to, že uvedenou činnost vykonává tento konkrétní pracovník, nikoliv kterýkoliv nelékařský zdravotnický pracovník.
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PZSS	Pobytové zařízení sociálních služeb
SAK	Spojená akreditační komise
SKSS	Standardy kvality sociálních služeb dle přílohy č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění
SMART	Metoda stanovení cílů: <ul style="list-style-type: none">○ S - Specific/konkrétní,○ M - Measurable/měřitelný,○ A - Achievable/dosažitelný,○ R - Realistic/smysluplný,○ T - Timely/termínovaný.

Akreditační standardy a akreditace Spojené akreditační komise

1. Co je to akreditace SAK, o.p.s. a k čemu slouží?

Akreditace Spojené akreditační komise, o.p.s. (SAK) je nástroj pro externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, poskytovaných v pobytových zařízeních sociálních služeb. Tyto Akreditační standardy SAK jsou určeny pro ta pobytová zařízení sociálních služeb, která zároveň poskytují jak sociální, tak i zdravotní péči (sociálně-zdravotní péče)³.

2. Uspořádání standardů a jejich použití

Akreditační standardy jsou rozděleny do kapitol odpovídajících příslušným procesům a činnostem při poskytování zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Struktura jednotlivých standardů:

Každý akreditační standard je rozdělen do pěti částí:

- *vlastní znění standardu* – název/rámcová oblast řešená standardem.
- *účel a naplnění standardu* – stěžejní část, která popisuje způsob naplnění standardu, uvádí příklady naplnění, případně odkazy na legislativu či jiné zdroje. V některých případech může být v účelu uveden výčet náležitostí nutných k naplnění některého z indikátorů, který na znění účelu pak odkazuje.
- *indikátory standardu* – toto jsou měřitelné položky, jejichž naplnění se při akreditačním šetření posuzuje. Zjednodušeně lze indikátory vnímat jako otázky, na které v ideálním případě zní odpověď "ano". Jak bylo uvedeno výše, v některých případech odkazuje indikátor na požadavky specifikované v účelu standardu, obvykle výčtem.
- *Vazba standardu na Standardy kvality sociálních služeb* – jedná se o odkaz na příslušný SKSS, na který standard SAK navazuje, a definuje v čem rozšíření požadavků spočívá.
- *Poznámka pod čarou* – slouží k podrobnějšímu vysvětlení problematiky nebo uvádí odkaz na platnou legislativu, přičemž při vlastním akreditačním šetření se vždy posuzuje soulad praxe s legislativou účinnou k datu prováděného šetření.

Při akreditačním šetření se posuzuje míra naplnění jednotlivých indikátorů (splněn-částečně splněn-nesplněn) a následně pak jednotlivých standardů – viz níže.

3. Pravidla udělování akreditace

Pravidla hodnocení akreditačních standardů a následného rozhodování o udělování akreditace jsou upravena směrnici SAK č. S-01, která je volně dostupná na internetových stránkách SAK, o.p.s.

Průběh akreditačního šetření a hodnocení akreditačních standardů

Během akreditačního šetření hodnotitelský tým (ve složení odpovídajícím spektru poskytované zdravotní péče) ohodnotí každý indikátor každého akreditačního standardu (s výjimkou těch, které jsou neaplikovatelné na dané zařízení) hodnotou 10 (splněn), 5 (splněn částečně) nebo 0 (nesplněn). Pro každý standard se vypočítá průměr bodů z jednotlivých hodnocených indikátorů (neaplikovatelné indikátory se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se zaokrouhlí na celé číslo směrem dolů. Standard je splněn, pokud je tento průměr 7 a více, splněn částečně, pokud je průměr 5 až 7 a nesplněn, pokud je průměr menší než 5. Následně se pro každou kapitolu standardů vypočítá průměr z hodnocení každého hodnoceného standardu v dané kapitole (neaplikovatelné standardy se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se vyjádří v procentech maxima. Pro celou sadu standardů se vypočítá průměr z hodnocení každého hodnoceného standardu v publikaci (neaplikovatelné standardy se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se vyjádří v procentech maxima. Pro výrok „akreditováno“ musí být splněny všechny tři následující podmínky (všechny ostatní případy vedou k výroku „neakreditováno“):

³ §36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §9, odst. 2, písm. e) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

- a. Každý standard je alespoň částečně splněn (hodnota 5 a více, respektive 50% maxima a více);
- b. Každá kapitola je splněna alespoň na 70% maxima;
- c. Všechny standardy jsou splněny alespoň na 80% maxima.

Tým, který provádí akreditační šetření, neseznamuje vedení příslušného PZSS s jeho výsledkem, ale veškeré podklady předá prostřednictvím informačního systému Kanceláři SAK, která na jejich základě provede dvoustupňovou kontrolu nálezů z akreditačního šetření a v případě naplnění podmínek pro výrok „akreditováno“ vydá Certifikát o akreditaci a Závěrečnou zprávu o zjištěních v rámci provedeného auditu, ve které jsou uvedeny konkrétní nálezy a doporučení. V případě výroku „neakreditováno“, vydá Závěrečnou zprávu s uvedením konkrétních standardů a indikátorů, jejichž nenaplnění vedlo k neudělení akreditace.

Odvolání proti rozhodnutí o akreditaci

PZSS se může odvolat proti rozhodnutí o akreditaci, a to do 15-ti dnů od doručení rozhodnutí o akreditaci. Odvolání PZSS předává ředitel SAK předsedovi Správní rady SAK, který do 20 dnů svolá jednání Správní rady SAK. Správní rada SAK rozhoduje s konečnou platností o podaném odvolání. Správní rada může zástupce PZSS pozvat k osobní účasti na projednávání podaného odvolání.

Konflikt zájmů při rozhodování o akreditaci

Z provádění akreditačního šetření a rozhodování o udělení akreditace PZSS je vyloučena osoba, která je v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k PZSS, u něhož má být akreditační šetření provedeno, nebo vykonává pro tohoto PZSS funkci odborného zástupce nebo, je-li tímto PZSS právnická osoba, je společníkem této právnické osoby, jejím statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu nebo členem jejího kontrolního orgánu. Z provádění akreditačního šetření je rovněž vyloučena osoba, která v posledních 3 letech působila jako konzultant při přípravě daného zařízení k akreditaci SAK nebo v něm prováděla jiné aktivity v oblasti řízení kvality a bezpečí zdravotní péče, s výjimkou vzdělávacích a vědecko-výzkumných aktivit.

Kancelář SAK aktivně konfliktu zájmů předchází tím, že v případě známého konfliktu zájmů nepřiděluje dotyčného hodnotitele k akreditačnímu šetření či vylučuje člena Výboru pro akreditaci či Správní rady z rozhodování o udělení akreditace. Všichni zmínění jsou navíc povinni aktivně případný konflikt zájmů deklarovat dle směrnice SAK č. S-02 Prevence konfliktu zájmů.

4. Další důležitá pravidla a informace

Příhláška k akreditaci a smluvní vztahy

PZSS podává přihlášku k akreditačnímu šetření nejpozději 3 měsíce před plánovaným datem (optimálně dříve), a to prostřednictvím elektronického formuláře po přihlášení do Klientského informačního systému (dále jen „KIS“). Odkaz do přihlašovacího rozhraní je umístěn na webových stránkách SAK www.sakcr.cz (dále jen „web“).

Podáním elektronické přihlášky PZSS poskytuje informace důležité pro naplánování akreditačního šetření a přípravu *Smlouvy o hodnocení kvality a bezpečí*. Tato smlouva upravuje podmínky provedení akreditace a další pravidla pro jednání obou zúčastněných stran.

Hodnotitelé (auditoři) SAK

Hodnotitelský tým přiděluje PZSS kancelář SAK a současně stanoví vedoucího týmu, jehož jméno a spojení na něj oznámí PZSS, které má právo bez udání důvodu odmítnout účast člena či členů hodnotitelského týmu na akreditačním šetření. V takovém případě kancelář SAK přidělí zařízení jiného či jiné hodnotitele.



5. Transparentnost a vstřícnost

Spojená akreditační komise, o.p.s., dělá vše pro to, aby veškeré její procesy byly maximálně transparentní. Všechna pravidla naší práce jsou buď volně dostupná na našich internetových stránkách www.sakcr.cz nebo na vyžádání v kanceláři SAK. Na stránkách www.sakcr.cz jsou rovněž k dispozici odpovědi na nejčastější dotazy a další užitečné informace. Kdykoli rádi poskytneme jakékoli doplňující informace na kontaktech, které jsou také dostupné na uvedených internetových stránkách.

Kontakt:

Spojená akreditační komise, o.p.s.
Nad Panenskou 164/4
169 00 Praha 6

e-mail: sekretariat@sakcr.cz
web: www.sakcr.cz

Kapitola I.

Cíle, postupy a dokumentování poskytovaných zdravotních služeb

Seznam standardů kapitoly:

- 1.1. Vedení PZSS sděluje veřejnosti vhodnou a srozumitelnou formou spektrum poskytované zdravotní péče a výsledky v oblasti řízení její kvality a bezpečí.
- 1.2. Zdravotní péče se v PZSS poskytuje v souladu s aktuálními vlastními standardizovanými postupy.
- 1.3. Ošetrovatelská péče se v PZSS poskytuje v návaznosti na individuální plán zdravotní péče a na základě identifikace potřeb klienta.
- 1.4. Klientům s poruchou výživy PZSS multidisciplinárně zajišťuje nutriční léčbu. Efekt nutriční léčby se zaznamenává do zdravotnické dokumentace klientů.
- 1.5. Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a podávání stravy a skladování, distribuci a podávání enterální klinické výživy.
- 1.6. Strava je klientům podávána bezpečným, přesným, včasným a pro ně přijatelným způsobem, který je stanoven pro dané PZSS a je schválen nutričním terapeutem.
- 1.7. PZSS má zaveden účinný systém identifikace a léčby bolesti.
- 1.8. PZSS zajistí paliativní péči/pěči o umírající indikovaným klientům vlastními silami nebo ve spolupráci se specializovanými poskytovateli paliativní péče, případně předáním klienta do péče jiného zařízení.
- 1.9. PZSS má zaveden účinný systém aktivizace, ergoterapie, případně rehabilitační péče.
- 1.10. PZSS upraví vnitřním předpisem postup při objednávání, skladování a likvidaci léčivých přípravků.
- 1.11. Podávání léčivých přípravků v PZSS probíhá dle stanovených postupů.
- 1.12. Léčivé přípravky se klientům podávají v souladu s ordinací lékaře a podání se dokumentuje.
- 1.13. PZSS určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace.

Standard 1.1.

Vedení PZSS sděluje veřejnosti vhodnou a srozumitelnou formou spektrum poskytované zdravotní péče⁴ a výsledky v oblasti řízení její kvality a bezpečí.

☑ Účel a naplnění standardu:

Jedním z klíčových prostředků spolupráce PZSS s veřejností je poskytování informací, které klienti a jejich blízcí potřebují ke svému rozhodování o tom, kterého poskytovatele služeb vyhledají a jakou cestou se dostanou k adekvátní zdravotní péči.

PZSS má písemně zpracovaný materiál o spektru poskytované zdravotní péče.

Materiál obsahuje informace o rozsahu zdravotní péče poskytované daným PZSS, personálním obsazení pracovišť, základní charakteristice klientů a jejich potřeb a návaznosti zdravotní péče na služby jiných poskytovatelů.

Pro efektivní využití péče pro své klienty se PZSS seznámí se spektrem poskytovatelů zdravotní péče ve své přirozené spádové oblasti a s tím, jaké druhy a formy zdravotní péče tato zařízení poskytují a o jaké skupiny pacientů pečují. S těmito poskytovateli PZSS naváže formální nebo neformální vztahy.

Protože akreditace klade důraz na zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče, jedním z jejích požadavků je i zveřejňování výsledků v této oblasti. Je nezbytné, aby zejména informace pro laickou veřejnost byly prezentovány srozumitelně, tedy s komentáři a interpretacemi zveřejněných dat.

① Indikátory standardu:

1. Existují aktuální informace o spektru zdravotní péče, poskytované PZSS, které vedoucí pracovníci používají k jeho řízení.
2. Informace o spektru zdravotní péče jsou pravidelně poskytovány veřejnosti, a to v adekvátním rozsahu, vhodnou a srozumitelnou formou.
3. Informace o spektru zdravotní péče jsou pravidelně aktualizovány.
4. PZSS zná spektrum poskytovatelů zdravotních služeb ve svém přirozeném spádovém území.
5. Výsledky PZSS v oblasti kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče jsou pravidelně sdělovány veřejnosti, a to vhodnou a srozumitelnou formou.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium a),
- standard č. 8, kritérium b),
- standard č. 12.

Standard rozvíjí požadavek SKSS a rozšiřuje jej o spektrum poskytovaných zdravotních služeb.

⁴ V souladu s oprávněním k poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění.

Standard 1.2.

Zdravotní péče se v PZSS poskytuje v souladu s aktuálními vlastními standardizovanými postupy.

☑ Účel a naplnění standardu:

Snahou vedoucích pracovníků PZSS by mělo být **standardizovat nejčastější postupy** při poskytování zdravotní péče, a to s přihlédnutím k současným vědeckým poznatkům, doporučením odborných a profesních společností a požadavkům národní legislativy.

PZSS má zavedeny standardizované postupy pro poskytování zdravotní péče a standard naplní tím, že uvede, zda poskytuje zdravotní péči v konkrétních oblastech, podle již vytvořených doporučených postupů (např. standardy odborných a profesních organizací) nebo zda si takové postupy vytváří samo s ohledem na místní podmínky a na spektrum klientů. Pokud se PZSS rozhodne vytvářet si vlastní standardizované postupy, musí přitom respektovat doporučení odborných a profesních společností (pokud takové existují) i konkrétní situaci v daném PZSS. PZSS má vypracovanou metodiku vytváření těchto postupů a vytvořené postupy pravidelně aktualizuje a doplňuje⁵. Zdravotní péče poskytovaná v daném PZSS musí respektovat vytvořená doporučení.

Standard není možno interpretovat tak, že pro všechny postupy v PZSS jsou zpracovány standardizované postupy – je naplněn vytvořením výše uvedené metodiky. Obvyklý postup je vybrat ty činnosti, které se v PZSS vyskytují s vyšší frekvencí (např. péče o klienta s diabetem, postup při sebepoškozování či agresivním chování) nebo činnosti s vyšší mírou rizika – (např. riziko pádu, protokoly pro podávání léčivých přípravků apod.)⁶. Standardizované postupy mohou být rovněž ve formě protokolů vypracovaných pracovníky s příslušnými kompetencemi pro ostatní pracovníky – pak je lze použít např. namísto ordinace.

❗ Indikátory standardu:

1. PZSS vytvoří metodiku výběru, tvorby a sledování účinnosti standardizovaných postupů pro spektrum poskytované zdravotní péče (viz. standard 1.3., indikátor 6).
2. Standardizované postupy jsou pravidelně aktualizovány a doplňovány.
3. Standardizované postupy jsou dodržovány.
4. Dodržování standardizovaných postupů je součástí vnitřní kontroly a sběru dat o kvalitě poskytované zdravotní péče.⁷

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a rozšiřuje jej o obligatorní standardizaci oblasti poskytování zdravotních služeb.

⁵ V případě, že si PZSS vytváří standardy zdravotní péče samo, je vhodné postup jejich výběru, tvorby a řízení zakomponovat do vnitřního předpisu pro systém vnitřních předpisů dle standardu č. 8.2.

⁶ Příklady dalších oblastí/činností vyžadujících zpracování postupů: rehabilitační ošetřování, péče o rizikové skupiny klientů (klienti v nutričním riziku, imobilní klienti, klienti s kognitivním či smyslovým deficitem), péče o klienty s rizikem sebepoškozování, provádění méně častých výkonů (např. péče o klienty s PEG) a další.

⁷ Účinnost lze sledovat např. v rámci interní auditní činnosti kontrolou dodržování standardizovaných postupů v praxi, a to minimálně po nezbytně nutnou dobu od zavedení do praxe (dosažení požadovaných výsledků auditu).

Standard 1.3.

Ošetrovatelská péče se v PZSS poskytuje v návaznosti na individuální plán zdravotní péče a na základě identifikace potřeb klienta.

☑ Účel a naplnění standardu:

Ošetrovatelskou péči poskytuje tým nelékařských zdravotnických pracovníků **v souladu s platnou legislativou⁸ a v odpovídající kvalifikační struktuře⁹**. Ošetrovatelská péče je zaměřena na identifikaci zdravotních rizik/potřeb klienta a udržení nebo zlepšení jeho soběstačnosti v běžných denních činnostech, což je průkazné ve zdravotnické dokumentaci.

PZSS stanoví vnitřním předpisem, s ohledem na spektrum poskytovaných zdravotních služeb, **systém ošetrovatelské péče a rozsah a věcný obsah ošetrovatelské dokumentace**.

Minimální rozsah dokumentace obsahuje:

- a) vstupní vyšetření klienta;
- b) identifikaci rizik a potřeb souvisejících s jeho pobytem v PZSS;¹⁰
- c) průběžné záznamy o poskytované péči a hodnocení stavu klienta.

ⓘ Indikátory standardu:

1. PZSS stanoví vnitřním předpisem systém poskytování ošetrovatelské péče a ten se v praxi dodržuje.
2. Ošetrovatelská péče je dokumentována, z ošetrovatelské dokumentace je patrný vývoj stavu klienta s ohledem na zjištěná rizika a jeho potřeby.
3. Zdravotní rizika/potřeby klienta jsou identifikována, v souladu s intervalem stanoveným vnitřním předpisem přehodnocována a je stanoven plán péče v kontextu těchto rizik.
4. Soběstačnost klienta v běžných denních činnostech je posouzena a je stanoven plán udržení nebo zlepšení soběstačnosti.
5. Ošetrovatelská péče se poskytuje v souladu s ošetrovatelskými standardy, které stanovují kritéria k jejímu hodnocení (viz. Standard 1.2.).
6. PZSS provádí ověření realizace postupů v praxi a kontrolu jejich účinnosti.
7. PZSS vzdělává své pracovníky v oblasti ošetrovatelství.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 5, kritérium c),
- standard č. 6, kritérium a),
- standard č. 10, kritérium b).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a rozšiřuje jej o oblast poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče.

⁸ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění.

⁹ Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních v platném znění

¹⁰ Jedná se o základní rizika: riziko pádu, riziko dekubitů, riziko malnutrice, riziko bolesti, riziko infekce, případně další rizika stanovená PZSS formou vnitřního předpisu a potřeby biologické, psychické, sociální, spirituální a případně další specifické potřeby klienta v péči o jeho zdraví.

Standard 1.4.

Klientům s poruchou výživy PZSS multidisciplinárně zajišťuje nutriční léčbu. Efekt nutriční léčby se zaznamenává do zdravotnické dokumentace klientů.

☑ Účel standardu:

Identifikace nutričního stavu všech klientů PZSS se provádí **vždy při přijetí** do zařízení a **dále pravidelně a opakovaně** (na základě objektivní identifikace nutričních rizik - např. pomocí MNA dotazníku). Nutriční stav klienta je nutno identifikovat i v dalších specifických situacích stanovených vnitřním předpisem (např. návrat klienta z hospitalizace, nedojídá-li klient tři po sobě jdoucí hlavní jídla atd.).

Klienti identifikovaní jako nutričně rizikovní (a to jak v rámci příjmového vyšetření, tak v průběhu jejich pobytu v PZSS) jsou v časovém intervalu stanoveném PZSS **vyšetřeni nutričním terapeutem** a výsledky vyšetření jsou **zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci**. Pokud se podezření z nutričního rizika potvrdí, nutriční terapeut **stanoví cíl a sestaví plán** nutriční léčby, kterou neprodleně zahájí. Vývoj nutričního stavu klienta se **sleduje, opakovaně reviduje a dokumentuje**. Na plánování, zajišťování a vyhodnocování nutriční léčby spolupracují nutriční terapeut, ošetrovatelský pracovník, lékař, klient a, je-li to na místě, i jeho blízcí.

ⓘ Indikátory standardu:

1. U každého klienta se po přijetí do PZSS a dále v pravidelných a opakovaných intervalech, stanovených vnitřním předpisem, hodnotí jeho nutriční stav.
2. Nutriční stav klienta je identifikován i v dalších specifických situacích stanovených vnitřním předpisem.
3. Klienti, u kterých bylo identifikováno nutriční riziko, mají stanoven cíl a plán nutriční péče a zajištění adekvátní nutriční léčby.
4. Plánování, zajišťování a sledování efektu nutriční léčby probíhá multidisciplinárně.
5. Poskytnutá nutriční léčba se zaznamenává do zdravotnické dokumentace klienta.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 5, kritérium c),
- standard č. 6, kritérium a).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a specifikuje postupy pro prevenci malnutrice u klientů PZSS.

Standard 1.5.

Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a podávání stravy a skladování, distribuci a podávání enterální klinické výživy.

Účel standardu:

PZSS upraví vnitřním předpisem **postup při skladování, přípravě, distribuci a podávání stravy a skladování, distribuci a podávání enterální klinické výživy** včetně stanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků.

Pokud je některá z výše uvedených činností zajišťována **dodavatelsky**, je popsána úprava součástí smlouvy PZSS s dodavatelem – tuto smlouvu PZSS při akreditačním šetření předloží. Rovněž PZSS provádí dokladovatelnou kontrolu plnění smlouvy a parametrů kvality ze strany dodavatele.

PZSS prokáže odpovídající **zaškolení pracovníků** připravujících stravu, a to včetně osob, které stravu převážejí a které klientům stravu podávají. Toto se týká i osob, které nejsou zaměstnanci PZSS (blízcí klienta, studenti, stážisté, dodavatelé).

Všichni pracovníci, kteří se podílejí na přípravě a podávání stravy, používají předepsané ochranné pomůcky.

Veškeré uvedené kroky jsou v souladu s národní legislativou.

i Indikátory standardu:

1. PZSS upraví vnitřním předpisem postup při přípravě, skladování, distribuci a podávání stravy a skladování, distribuci a podávání enterální klinické výživy včetně stanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků PZSS a externích dodavatelů.
2. Při přípravě, distribuci a skladování stravy se respektují aktuální potřeby klientů.
3. PZSS prokáže odpovídající zaškolení všech osob, které se podílejí na skladování, přípravě, distribuci a podávání stravy klientům.
4. Všichni pracovníci, kteří se podílejí na přípravě a podávání stravy, používají předepsané ochranné pomůcky.
5. Předpis se v PZSS dodržuje

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 10, kritérium b).

Standard rozvíjí požadavek SKSS, specifikuje požadavky na kvalitní a bezpečné stravování klientů s ohledem na léčebnou výživu.

Standard 1.6.

Strava je klientům podávána bezpečným, přesným, včasným a pro ně přijatelným způsobem, který je stanoven pro dané PZSS a je schválen nutričním terapeutem.

☑ Účel standardu:

PZSS standard naplní zpracováním vnitřního předpisu upravujícího **podávání stravy klientům**. Obsahem předpisu je také postup realizace organizačních opatření a stanovení odpovědnosti jednotlivých osob za jejich správnou realizaci. Protože neexistuje jednotný závazný Dietní systém pro zařízení, musí být přílohou vnitřního předpisu **výčet používaných diet** (vlastní Dietní systém PZSS), s jejich jasnou specifikací, názvem i nutriční hodnotou. Dietní systém musí odpovídat potřebám klientů PZSS, druhu poskytované zdravotní péče a soudobým nutričním požadavkům. Pokud v PZSS existuje nabídka stravy pro klienta nad rámec stravy standardně podávané, tato strava odpovídá dle možností požadavkům na dietní stravování konkrétních klientů.

Vnitřní předpis upravuje minimálně následující oblasti:

- a) určení osob odpovědných za ordinaci diet klientům včetně enterální klinické výživy (lékaři);
- b) určení osob rozhodujících o formě a skladbě stravy v souladu s ordinací lékaře (nutriční terapeuti);
- c) určení osob odpovědných za podávání stravy a kontrolu stravovacího režimu klientů;
- d) činnosti nutričního terapeuta v systému zajištění léčebné výživy pro klienty;
- e) stanovení aktuálního seznamu používaných diet s jejich slovní a nutriční charakteristikou (vlastní Dietní systém PZSS) s tím, že tento seznam se aktualizuje minimálně 1x za 3 roky;
- f) postup v nestandardních situacích (např. potřebuje-li klient dietu, která není uvedena v Dietním systému PZSS, odmítá-li klient stravu nebo má-li průjem);
- g) podávání stravy osobami, které nejsou zaměstnanci PZSS (např. blízcí klienta, studenti).

① Indikátory standardu:

1. PZSS má vypracovaný vnitřní předpis upravující postup při objednávání a podávání stravy klientům minimálně v rozsahu písmen a) až g) účelu standardu.
2. Dietní systém musí odpovídat potřebám klientů PZSS, druhu poskytované zdravotní péče a soudobým nutričním požadavkům.
3. Předpis se v PZSS dodržuje.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c)

Standard rozvíjí požadavek SKSS, specifikuje požadavky na kvalitní a bezpečné stravování klientů s ohledem na oblast léčebné výživy.

Standard 1.7.

PZSS má zaveden účinný systém identifikace a léčby bolesti.

☑ Účel standardu:

PZSS respektuje právo klientů na **účinné hodnocení bolesti a léčbu bolesti**. PZSS vnitřním předpisem stanoví postupy zaměřené na vyhodnocení a léčbu zahrnující **minimálně následující body**:

- a) postup identifikace bolesti¹¹ u klientů při vstupním vyšetření (viz. standard 3.1) a při přehodnocení stavu klientů;
- b) zajištění léčby bolesti v souladu s ostatními vnitřními předpisy PZSS;
- c) přehodnocování bolesti, vyhodnocování účinnosti léčby bolesti, edukace klientů a jejich blízkých o léčbě bolesti;
- d) rozsah odpovědnosti zdravotnických pracovníků při identifikaci a léčbě bolesti;
- e) vzdělávání pracovníků PZSS v oblasti identifikace a léčby bolesti.

ⓘ Indikátory standardu:

1. PZSS má zavedený postup pro identifikaci klientů s bolestí minimálně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
2. Všem skupinám klientů s bolestí se poskytuje odpovídající léčba.
3. Bolest, její okolnosti a léčba se dokumentují ve zdravotnické dokumentaci klienta.
4. PZSS má zaveden postup pro edukaci klientů a jejich blízkých o léčbě bolesti.
5. PZSS vzdělává své pracovníky v oblasti identifikace a léčby bolesti.

↔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 10, kritérium b).

Standard rozvíjí požadavek SKSS, rozšiřuje jej o obligatorní standardizaci v oblasti poskytování zdravotních služeb – identifikaci a léčbu bolesti.

¹¹ Zařízení má nástroje pro identifikaci bolesti (příslušné škály hodnocení bolesti) rovněž pro případ nespolupracujících klientů (např. klienti s poruchou kognitivních funkcí, poruchou řeči apod.).

Standard 1.8.

PZSS zajistí paliativní péči/péči o umírající klienty vlastními silami nebo ve spolupráci se specializovanými poskytovateli paliativní péče, případně předáním klienta do péče jiného zařízení.

Účel standardu:

PZSS **zná organizace**, které se problematikou paliativní péče zabývají. V případě potřeby s nimi spolupracuje.

PZSS má stanoveny a dodržuje aplikovatelné **doporučené postupy** péče o umírající klienty.

O umírajícího klienta i jeho rodinu se pracovníci starají se zvláštní ohleduplností a respektem k psychosociálním, náboženským a spirituálním potřebám a snaží se zohledňovat jeho přání.

i Indikátory standardu:

1. PZSS má zavedeny aplikovatelné doporučené postupy paliativní péče/péče o umírající klienty (viz. standard 1.2).
2. PZSS má k dispozici potřebné kontakty na poskytovatele paliativní péče a v případě potřeby s nimi spolupracuje.
3. Stanovené postupy se v praxi dodržují.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 8, kritérium b).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a rozšiřuje jej o obligatorní standardizaci v oblasti poskytování zdravotních služeb – paliativní péče a péče o umírající.

Standard 1.9.

PZSS má zaveden účinný systém rehabilitační péče (aktivizace, ergoterapie, rehabilitačního ošetřovatelství, případně fyzioterapie).

Účel standardu:

PZSS respektuje právo klientů na účinnou **rehabilitační péči**, na základě jejich potřeb jim zajišťuje aktivizaci, ergoterapii, rehabilitační ošetřovatelství případně fyzioterapii. PZSS vnitřním předpisem stanoví postupy zaměřené na **minimálně následující body**:

- a) zhodnocení potřeby aktivizace, ergoterapie, rehabilitačního ošetřovatelství a odborné posouzení potřeby fyzioterapie klienta;
- b) zpracování plánu rehabilitační péče pro indikované klienty včetně stanovení intervalů jeho přehodnocení; v případě, že je rehabilitační péče zajišťována dodavatelsky (pracovníky, kteří nejsou v pracovní-právním či obdobném vztahu s PZSS), je plán rehabilitační péče včetně intervalů jeho přehodnocení součástí dokumentace klienta, vedené PZSS;
- c) seznámení klienta a pracovníků pečujících o klienta, s plánem rehabilitační péče a jejího vyhodnocování;
- d) edukaci klientů a jejich blízkých o rehabilitačních postupech;
- e) vzdělávání pracovníků PZSS ve výše uvedené oblasti.

i Indikátory standardu:

1. Klientům, s potřebou aktivizace, ergoterapie, rehabilitačního ošetřovatelství, případně fyzioterapie je tato péče zajištěna.
2. Vnitřní předpis upravující organizaci rehabilitační péče v PZSS obsahuje alespoň body a) až e) uvedené v účelu standardu.
3. Předpis se v PZSS dodržuje.

⇌ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 5, kritéria a), b), c).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro plánování a přehodnocování rehabilitační péče a ergoterapie.

Standard 1.10.

PZSS upraví vnitřním předpisem postup při objednávání, skladování a likvidaci léčivých přípravků.

☑ Účel standardu:

PZSS standard naplní, pokud vypracuje vnitřní předpis, který v souladu s platnou legislativou, stanoví konkrétní **postupy při objednávání, skladování a likvidaci léčivých přípravků**.

Postup při objednávání léčivých přípravků zahrnuje **řešení neobvyklých situací** (např. zajištění léčivých přípravků obvykle neskladovaných v PZSS, postup při zajištění nutného léčivého přípravku v mimořádné době). Vnitřní předpis upravuje v souladu s **platnou legislativou** postupy **u zvláštních skupin léčivých přípravků** (např. návykové látky, léčivé přípravky vnesené klientem).

PZSS zajistí **správné a bezpečné skladování** léčivých přípravků ve všech skladovacích prostorách na jednotlivých pracovištích PZSS splněním následujících podmínek:

- léčivé přípravky jsou skladovány za podmínek předepsaných výrobcem;
- návykové látky jsou skladovány za podmínek stanovených příslušnou legislativou¹²;
- v prostorách, kde jsou léčivé přípravky skladovány, probíhají pravidelné kontroly zaměřené na dodržení skladovacích podmínek;
- PZSS stanoví vnitřním předpisem, jak jsou označovány, kontrolovány a skladovány léčivé přípravky vnesené klienty.

Dále je vnitřním předpisem, v souladu s platnou legislativou, upraven postup pro likvidaci léčivých přípravků.

① Indikátory standardu:

- PZSS má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy při objednávání, skladování a likvidaci léčivých přípravků.
- Postup zahrnuje řešení neobvyklých situací při objednávání, skladování a likvidaci léků.
- Léky jsou správně a bezpečně skladovány dle podmínek a) až d) účelu standardu.

⇔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 13, kritérium a).

Standard rozvíjí požadavky SKSS a rozšiřuje je o obligatorní postupy poskytování zdravotních služeb a zajištění bezpečí prostředí v oblasti nakládání s léčivými přípravky.

¹² viz § 10 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách v platném znění.

Standard 1.11.

Podávání léčivých přípravků v PZSS probíhá dle stanovených postupů.

☑ Účel standardu:

PZSS má vytvořen vnitřní předpis, který v souladu s platnou legislativou, definuje:

- a) konkrétní postupy při podávání léčivých přípravků včetně podávání léčivých přípravků v neobvyklých situacích;
- b) podávání některých skupin léčivých přípravků (např. opiáty a vnesené léčivé přípravky) či podávání léčivých přípravků některým skupinám klientů (např. dětem, oslabeným seniorům, klientům s kognitivním deficitem, psychiatrickým klientům, nespolupracujícím klientům apod.);
- c) postupy v případě, že si klienti podávají ordinované léčivé přípravky sami;
- d) postup při standardizovaných situacích (například změna lékové formy);
- e) postup při ústních nebo telefonických ordinacích a přijatelnost těchto ordinací;
- f) osoby, které jsou oprávněny léčivé přípravky klientům podávat a požadavky na jejich odbornou či specializovanou způsobilost;
- g) postup při hlášení zaznamenaných nežádoucích účinků léčivých přípravků¹³.

📌 Indikátory standardu:

1. PZSS má vytvořen vnitřní předpis, který v souladu s platnou legislativou, upravuje postupy při podávání léčivých přípravků v rozsahu písmen a) až g) účelu standardu.
2. Tento předpis se v praxi dodržuje.

↔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a rozšiřuje jej o obligatorní standardizaci poskytování zdravotních služeb – podávání léčivých přípravků.

¹³ § 93b zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech v platném znění.

Standard 1.12.

Léčivé přípravky se klientům podávají v souladu s ordinací lékaře a podání se dokumentuje¹⁴.

Účel standardu:

Ve **zdravotnické dokumentaci** každého klienta, který dostává medikaci, je uvedeno, které **léčivé přípravky dostává, jejich dávkování, způsob a frekvence podávání, kdo a kdy léky podal**. PZSS zajistí, aby při podávání léčivých přípravků proběhly následující postupy:

- a) ověření názvu léku s ordinací;
- b) ověření času a frekvence podání s ordinací;
- c) ověření dávky s ordinací;
- d) ověření aplikační cesty s ordinací;
- e) ověření identifikace klienta;
- f) konkrétní postup ověřování stanoví vnitřní předpis.

Postup při podávání léčivých přípravků je pravidelně vyhodnocován a aktualizován.

Indikátory standardu:

1. Při podávání léčivých přípravků se ověřují jejich názvy s ordinací.
2. Při podávání léčivých přípravků se ověřuje podávaná dávka s ordinací.
3. Při podávání léčivých přípravků se ověřuje aplikační cesta s ordinací.
4. Léčivé přípravky se podávají v předepsaných časech.
5. Léčivé přípravky se podávají v souladu s ordinací a podání se dokumentuje.

Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 6, kritérium a).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a rozšiřuje jej o obligatorní standardizaci poskytování zdravotních služeb – podávání a dokumentování podání léčivých přípravků.

¹⁴ viz. §3, odst. 1, písm. e) Vyhlášky č. 444/2024, o zdravotnické dokumentaci.

Standard 1.13.

PZSS určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace¹⁵.

Účel standardu:

Základním dokumentem pro naplnění standardu je **vnitřní předpis** upravující vedení zdravotnické dokumentace. Úplnost vedené zdravotnické dokumentace je základním předpokladem kvalitní a bezpečné zdravotní péče poskytované klientovi. Zdravotnická dokumentace je hlavní formou komunikace mezi jednotlivými pracovníky PZSS, kteří o klienta pečují a musí obsahovat všechny relevantní informace, aby tak byla zajištěna kontinuita zdravotní péče a mezioborová spolupráce. Průkaznost zdravotnické dokumentace je důležitá pro možnost zpětné rekonstrukce poskytnuté zdravotní péče, a to pro potřebu PZSS nebo posudkovou činnost při soudních sporech. PZSS uchovává a archivuje zdravotnickou dokumentaci v souladu s národní legislativou. **Vnitřní předpis PZSS stanoví:**

- a) způsob uložení, uchování a archivace zdravotnické dokumentace;
- b) frekvenci, obsah a rozsah pravidelných záznamů pracovníků PZSS (včetně času záznamu, identifikace a podpisu osob, které záznam provedly).
- c) u pravidelných záznamů (např. vizita lékaře/sestry) lze povinnost uvádět čas záznamu splnit, pokud v harmonogramu oddělení nebo ve vnitřním předpisu je přesně stanovena doba, kdy vizita probíhá. Všechny další záznamy však časovým údajem označeny být musí;
- d) pravidla na základě kterých pracovníci PZSS jednoznačně posoudí nutnost vyšetření klienta lékařem (viz standard č. 7.3);
- e) osoby, které v souladu s platnou legislativou¹⁶, mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet a provádět v ní záznamy;
- f) postupy ochrany zdravotnické dokumentace před zneužitím, ztrátou a poškozením;
- g) jednotný seznam zkratek používaných ve zdravotnické dokumentaci a seznam zakázaných zkratek či situací, kdy je užívání zkratek zakázáno.

V souladu s předpisem PZSS vydá seznam zakázaných zkratek (resp. výčet dokumentace, v níž je užívání zkratek nepřipustné - např. překladové zprávy) a zveřejní obvyklým způsobem seznam zkratek uváděných ve zdravotnické dokumentaci. Toto se netýká obecně známých zkratek (např. jednotky SI systému či značky chemických prvků). Zejména tam, kde se uvádějí zkratky do dokumentace odesílané z PZSS, musí být na každé takové zprávě odkaz na místo, kde lze význam zkratek vyhledat, případně může PZSS užívání zkratek v takových dokumentech zakázat.

PZSS zavede pravidelné audity zdravotnické dokumentace a jejich výsledky vyhodnocuje a pracuje s nimi (viz. standard 8.3).

i Indikátory standardu:

1. PZSS vypracuje vnitřní předpis, který upravuje formální a věcnou náplň zdravotnické dokumentace minimálně v rozsahu písmen a) až g) účelu standardu.
2. Předpis o zdravotnické dokumentaci respektuje všechny relevantní zákony a podzákoné normy.
3. Zdravotnická dokumentace je vedena v souladu s předpisem.
4. Dodržování předpisu se pravidelně vyhodnocuje (viz. standard 8.3).

¹⁵ viz §54 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění; Vyhláška č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

¹⁶ viz § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění.



⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 6, kritéria a), c),
- standard č. 15, kritéria a), e), g).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a rozšiřuje jej o legislativní požadavky na vedení zdravotnické dokumentace a systémové ověřování dodržování postupů v praxi – interní audit vedení zdravotnické dokumentace.

Kapitola II.

Ochrana práv osob při poskytování zdravotních služeb a stížnosti na kvalitu zdravotních služeb

Seznam standardů kapitoly:

- 2.1. Při poskytování zdravotní péče se respektuje důstojnost a soukromí klientů.
- 2.2. Při poskytování zdravotní péče se respektují kulturní, spirituální a náboženské hodnoty klientů.
- 2.3. Veškeré zdravotnické výkony se provádějí se souhlasem klienta.
- 2.4. Klienti jsou přiměřeně informováni o povaze zdravotního problému a o navrhované zdravotní péči takovým způsobem, aby se na rozhodování o ní mohli podílet.
- 2.5. V PZSS je zaveden účinný systém edukace klientů a jejich blízkých.
- 2.6. Používání omezovacích prostředků u klientů při poskytování sociálně-zdravotních služeb v PZSS je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti klienta a jeho okolí a s ohledem na právní řád ČR.
- 2.7. V PZSS je v souladu s platnou legislativou zaveden postup přijímání a řešení stížností klientů a jejich blízkých souvisejících se zdravotní péčí.

Standard 2.1.

Při poskytování zdravotní péče je respektována důstojnost a soukromí klientů.

☑ Účel standardu:

PZSS zajistí, aby při poskytování zdravotní péče byla vždy **respektována důstojnost a soukromí klientů**¹⁷. Toto se týká zejména vyšetření klientů lékařem, ošetřování klientů, rozhovorů s nimi a transportu klientů po PZSS i mimo PZSS do jiného zdravotnického zařízení. PZSS respektuje jak vizuální, tak auditivní soukromí klientů (někteří klienti mohou odmítat fotografování, pořizování zvukových záznamů či účast na rozhovorech v rámci akreditačního šetření). PZSS zejména zajistí, aby informace o zdravotním stavu klientů nebyly bez jejich výslovného souhlasu prezentovány před nepovolanými osobami (např. jinými klienty, rodinnými příslušníky klienta). Fotografování pro účely vedení zdravotnické dokumentace je vždy se souhlasem klienta. Pracovníci PZSS respektují hodnotový systém klienta a jeho individuální potřeby soukromí.

❗ Indikátory standardu:

1. Zařízení má popsány typické situace možných porušení důstojnosti a soukromí související s poskytováním zdravotní péče a pracovníci je znají.
2. Pracovníci PZSS znají hodnotový systém klienta a jeho individuální potřeby soukromí.
3. Při poskytování zdravotní péče je respektována důstojnost a soukromí klientů.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 2, kritéria a), c), d)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a specifikuje postupy dodržování práv klientů při poskytování zdravotních služeb v souladu s platnou legislativou.

¹⁷ viz § 28 dost. 3 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění.

Standard 2.2.

Při poskytování zdravotní péče se respektují kulturní, spirituální a náboženské hodnoty klientů.

☑ Účel standardu:

PZSS zajistí, aby při poskytování zdravotní péče byly **respektovány kulturní, spirituální a náboženské hodnoty** klientů. Pracovníci PZSS motivují klienty k tomu, aby vyjádřili své spirituální a kulturní potřeby. Pracovníci PZSS znají **postup k zajištění duchovní péče** pro klienty včetně kontaktů s duchovními církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti. Návštěvu duchovního nelze klientovi odepřít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li právní předpis jinak.

① Indikátory standardu:

1. PZSS má zavedený postup pro identifikaci spirituálních a kulturních potřeb klientů.
2. PZSS má zavedený postup k zajištění duchovní péče pro klienty.
3. Pracovníci PZSS tyto postupy znají a dodržují.

⇔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 2, kritérium a), b)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro dodržování práv klientů při poskytování zdravotní péče.

Standard 2.3.

Veškeré zdravotnické výkony se provádějí se souhlasem klienta.

☑ Účel standardu:

K zásadním nástrojům zajištění účasti osob na rozhodování o jim poskytnuté zdravotní péči patří informovaný souhlas. Aby tyto osoby souhlasily s poskytováním péče, či s konkrétním výkonem, musí mít k dispozici informace o navrhovaném postupu, které pro své rozhodnutí potřebují. Informovaný souhlas lze získat jako obecný např. při přijetí do péče (seznámení s plánem ošetrovatelské péče, s plánem medikace, rehabilitační péče apod.) případně ad hoc před konkrétními výkony s vyšší mírou rizika. PZSS stanoví vnitřním předpisem postup při získávání informovaného souhlasu, přičemž tento postup musí být v souladu s legislativou.

Tento předpis zejména popíše formy vyjádření souhlasu klientů (dokumentovaná ústní, písemná apod.) a způsob dokumentace souhlasu. PZSS v předpise stanoví spektrum výkonů, u kterých je nutno odebrat informovaný souhlas v písemné podobě a příslušné výjimky při odebrání informovaného souhlasu vyplývající z legislativy, včetně situace, kdy souhlas od klienta nelze odebrat. Vnitřní předpis obsahuje rovněž postupy pro případ odmítnutí péče ze strany klienta, a to včetně specifikace rozsahu a obsahu příslušné dokumentace. PZSS seznamuje své pracovníky se stanovenými postupy v oblasti zajišťování souhlasu klientů s poskytováním zdravotní péče včetně situací, kdy existuje ze strany klienta dokumentované dříve vyslovené přání.

ⓘ Indikátory standardu:

1. PZSS vnitřním předpisem upraví postupy pro získávání informovaného souhlasu.
2. PZSS vnitřním předpisem upraví postup při odmítnutí péče ze strany klienta včetně postupu při existenci dokumentovaného dříve vysloveného přání klienta.
3. PZSS stanoví vnitřním předpisem spektrum výkonů, u kterých je nutné informovaný souhlas zajistit v písemné podobě, včetně stanovení osob oprávněných písemný souhlas odebrat.
4. Pracovníci PZSS jsou seznámeni s postupy předepsanými pro získávání informovaného souhlasu včetně postupu při existenci dokumentovaného dříve vysloveného přání klienta.
5. Pracovníci PZSS postupují v souladu s vnitřním předpisem.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 2, kritérium a), b).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro dodržování práv klientů při poskytování zdravotní péče¹⁸.

¹⁸ §28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění.

Standard 2.4.

Klienti jsou přiměřeně informováni o povaze zdravotního problému a o navrhované zdravotní péči takovým způsobem, aby se na rozhodování o ní mohli podílet¹⁹.

☑ Účel standardu:

Všichni zdravotničtí pracovníci znají své povinnosti v oblasti podpory práv klientů a jejich blízkých podílet se na poskytované zdravotní péči a v rámci svých povinností a kompetencí navrhovanou zdravotní péči **srozumitelně vysvětlí klientovi** a – pokud je to na místě – jeho blízkým. Poskytnutá informace vždy obsahuje následující body:

- a) aktuální zdravotní stav klienta;
- b) typ navrhovaného postupu a jeho možné alternativy;
- c) možné výhody a rizika pro klienta;
- d) pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu;
- e) možné důsledky odmítnutí navrhovaného postupu na zdravotní stav klienta.

Nelékařští zdravotničtí pracovníci PZSS sdělí klientovi jméno nelékařského zdravotnického pracovníka, který má primární odpovědnost za jemu poskytnutou zdravotní péči.²⁰

ⓘ Indikátory standardu:

1. PZSS podporuje práva klientů a jejich blízkých podílet se na poskytované zdravotní péči.
2. Klienti jsou informováni o povaze zdravotního problému a o navrhované zdravotní péči, a to nejméně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu, přičemž informace zajišťují pracovníci v rámci svých kompetencí.
3. Klienti znají jméno nelékařského zdravotnického pracovníka odpovídajícího za poskytovanou zdravotní péči.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 2, kritérium a)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a specifikuje postupy dodržování práv klientů při poskytování zdravotních služeb v souladu s platnou legislativou.

¹⁹ viz § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

²⁰ viz § 28 odst. 3 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Standard 2.5.

V PZSS je zaveden účinný systém edukace²¹ klientů a jejich blízkých.

☑ Účel standardu:

Edukace²² klientů je významným nástrojem, jak je aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotní péče. PZSS standard naplní, když vypracuje **postup hodnocení potřeby edukace, rozsahu a způsobu vlastní edukace a postup při dokumentaci provedené edukace**. Hodnocením potřeby edukace se rozumí zhodnocení toho, zda klient má dostatek informací týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu či zda je nutné (např. při plánovaném zavedení terapie inzulinem u diabetika, změně dietního režimu klienta apod.) naplánovat edukační program. Postup stanoví, kteří **zdravotničtí pracovníci edukaci provádějí**. Tito pracovníci mají odpovídající kompetence, znalosti a dovednosti. Pokud je to na místě a není to v rozporu s vůlí klienta, jsou edukováni i jeho blízcí.

Efektivní edukace je týmová záležitost – při jejím poskytování a dokumentování pracovníci, kteří poskytují klientům zdravotní péči, vzájemně spolupracují.

ⓘ Indikátory standardu:

1. Kompetentní zdravotničtí pracovníci vyhodnotí u klienta a jeho blízkých potřebu edukace, schopnost k edukaci a ochotu ji přijímat.
2. Edukace klienta se dokumentuje jednotným způsobem.
3. Klienti a jejich blízcí jsou edukováni o svém podílu na rozhodování o poskytování zdravotní péče.
4. V případě potřeby se edukace klientů a jejich blízkých realizuje týmově.

↔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 2, kritérium a)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a specifikuje postupy dodržování práv klientů při poskytování zdravotních služeb v souladu s platnou legislativou.

²¹ viz. §31, odst. 2, písm. e) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění.

²² V praxi je třeba odlišovat **edukaci** klientů, od jejich prostého **informování** – tím máme na mysli předání informací např. o provozu pracoviště, umístění jednotlivých místností, Domácím řádu, dostupnosti služeb v PZSS apod. Informace se zpravidla podávají všem klientům při přijetí do PZSS.

Standard 2.6.

Používání omezovacích prostředků u klientů PZSS je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti klienta a jeho okolí a s ohledem na právní řád ČR.²³

Účel standardu:

Použití prostředků omezujících volný pohyb klientů (včetně farmakologických prostředků) je možno použít pouze v případě přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob (obvykle pro neklid či agresivitu ohrožující je samotné nebo další osoby), a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení.

Opatření omezující pohyb osob lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby ohrožující sebe nebo své okolí. Pracovníci PZSS jsou povinni podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního a jiného zklidnění situace²⁴. Vždy musí být volena nejmírnější opatření (např. zasáhnout nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě lze na základě ordinace přivolání lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky). Postupy omezení klientů včetně jejich dokumentování musí být v souladu s platnou legislativou. Při poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče dle zákona o zdravotních službách se aplikují postupy v souladu se zákonem o zdravotních službách²⁵, při poskytování ošetrovatelské péče v zařízení sociálních služeb se aplikují ustanovení zákona o sociálních službách.²⁶ Pracovníci PZSS jsou v postupech použití omezovacích prostředků pravidelně školeni.

K naplnění tohoto standardu vypracuje PZSS **vnitřní předpis**, který stanoví postupy omezení volného pohybu klienta pro příslušný typ péče, a to včetně indikace k omezení, typů omezovacích prostředků používaných u konkrétního PZSS, rozsahu a frekvence vyšetření klientů zdravotnickým pracovníkem před použitím omezovacích prostředků, po dobu jeho omezení a po jeho ukončení a jakou formou se průběh použití omezovacích prostředků zaznamenává do zdravotnické dokumentace klienta. Pokud je součástí zařízení rovněž místnost určená k bezpečnému pohybu klientů, která je využívána jako omezovací prostředek, zařízení ji jasně ve vnitřním předpisu identifikuje. Ve všech případech, kdy je omezen volný pohyb osob, je nezbytná stálá přítomnost personálu na dosah očí/délku paže.

Předpis dále stanoví postupy a formy vedení evidence použití omezovacích prostředků.²⁷

²³§89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; čl. 8 odst. 6 Listiny základních práv a svobod; § 39, zákona č.372/2011 Sb. v platném znění

²⁴ Mezi způsoby zklidnění situace patří např. odvrácení pozornosti klienta, jeho rozptýlení, aktivní naslouchání apod.

²⁵§ 39, zákona č. 372/2011 Sb. v platném znění; § 89a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění

²⁶§ 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění

²⁷§89, odst. 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění; § 39, odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb. v platném znění

i Indikátory standardu:

1. PZSS má vypracovaný vnitřní předpis, který upravuje v souladu s platnou legislativou postup při použití omezovacích prostředků a farmakologického omezení klientů.
2. Tento předpis stanoví formu a rozsah vyšetření klientů před použitím omezovacích prostředků (včetně omezení farmakologického), v jeho průběhu a po něm, dále rozsah a formu příslušné dokumentace a způsob evidence omezení. Provedená vyšetření a jejich dokumentace jsou v souladu s předpisem.
3. Indikace k omezení klienta je zaznamenána v souladu s předpisem.
4. PZSS eviduje způsoby omezení a oznamuje je v zákonných lhůtách veřejné správě.
5. Způsoby omezení klienta jsou analyzovány a vyhodnocovány.
6. Omezení klienta je prováděno a dokumentováno v souladu s předpisem.

⇔ Vazba standardu na SKSS:

- standard 2, kritéria a), b)

Standard rozvíjí požadavek SKSS o postupy omezení volného pohybu klientů v případě lůžkové sociálně-zdravotní péče, která podléhá zákonu o zdravotních službách.

Standard 2.7.

V PZSS je v souladu s platnou legislativou zaveden postup přijímání a řešení stížností klientů a jejich blízkých souvisejících se zdravotní péčí.

☑ Účel standardu:

Je právem každého klienta nebo jeho blízkých vyjádřit svoji **nespokojenost se zdravotní péčí formou stížnosti**. Stížnosti jsou navíc velmi cenným zdrojem informací, které lze následně využít ke zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Stížnosti klientů a jejich blízkých jsou rovněž upraveny národní legislativou.²⁸

Prvním krokem je informování klienta o jeho právu na **možnost podat stížnost a o způsobu**, jakým tak může učinit. Součástí těchto informací je rovněž postup pro případ anonymního podání stížnosti.

PZSS upraví **vnitřním předpisem** (samostatným nebo jako součást jiných souvisejících předpisů) alespoň následující:

- způsob, jakým jsou klienti a jejich blízcí informováni o svém právu podat stížnost (informace při přijetí, veřejně přístupné informace na webových stránkách či veřejných prostorách PZSS a podobně);
- možné formy podání stížností (osobní, telefonické, dopisem či elektronickou poštou nebo jině);
- cesty podání stížnosti (komu a jakou cestou lze stížnost podat – pracovníkům daného pracoviště, na podatelnu, řediteli PZSS apod.);
- osoby odpovědné za přijetí a vedení spisu k vyřízení stížnosti;
- obvyklé způsoby projednávání stížnosti v rámci PZSS (vyjádření zúčastněných, komisionální posouzení a další);
- termíny, do kterých je nutné informovat klienta o výsledku šetření stížnosti, přičemž nejzazším termínem je 30 kalendářních dnů;
- postup informování klienta v případě, že nebylo možné dodržet termíny stanovené v předchozím písmenu;
- postup při odvolání klienta proti výsledku šetření stížnosti;
- další pravidla a termíny požadované národní legislativou.

❗ Indikátory standardu:

- PZSS upraví vnitřním předpisem postup přijímání a vyřizování stížností souvisejících se zdravotní péčí, a to nejméně v rozsahu písmen a) až i) účelu standardu.
- Každému klientovi je zajištěn přístup k informaci o jeho právu podat stížnost a o způsobu, jakým tak může učinit.
- Klienti a jejich blízcí mají možnost podat stížnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, a to alespoň jednou formou a cestou definovanou vnitřními předpisy PZSS.
- Stížnosti klientů a jejich blízkých jsou vyhodnocovány s ohledem na jejich počet a oprávněnost, data jsou agregována a slouží ke zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.

⇔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 7, kritéria a), b), c),
- standard č. 15, kritérium h).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro podávání stížností a podnětů v oblasti poskytované zdravotní péče.

²⁸ § 93 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.



Kapitola III.

Individuální plánování zdravotních služeb

Seznam standardů kapitoly:

- 3.1. PZSS stanoví obsah a rozsah vstupního vyšetření při přijetí klientů do PZSS v rozsahu registrovaných zdravotních služeb.
- 3.2. Pro každého klienta, kterému je v PZSS poskytována zdravotní péče, je na základě vyhodnocení všech jeho potřeb písemně stanoven kompletní plán zdravotní péče v rozsahu registrovaných zdravotních služeb.
- 3.3. U všech klientů se provádí a dokumentuje pravidelné přehodnocení jejich zdravotního stavu.

Standard 3.1.

PZSS stanoví obsah a rozsah vstupního vyšetření při přijetí klientů do PZSS v rozsahu registrovaných zdravotních služeb.

☑ Účel standardu:

Řádně provedené **vstupní vyšetření** (lékařem či všeobecnou sestrou) je zásadní pro stanovení potřeby zdravotní péče u konkrétního klienta a pro její plánování.

PZSS vytvoří **vnitřní předpis**, který upravuje minimálně následující oblasti vstupního vyšetření:

- obsah vstupních vyšetření (minimálně anamnéza a fyzikální vyšetření²⁹);
- rozsah vstupních vyšetření³⁰, který odpovídá spektru zdravotní péče a služeb PZSS; Standard připouští nestejný rozsah odebírané vstupní anamnézy a prováděných vstupních vyšetření na různých pracovištích;
- časové intervaly, do kterých je nutné vstupní vyšetření nejpozději provést;
- délka časových intervalů reflektuje spektrum zdravotní péče, které PZSS poskytuje a potřeby konkrétních klientů;
- požadavky na kvalifikaci nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří vstupní vyšetření provádějí;
- formu a rozsah dokumentace vstupních vyšetření.

Na základě provedených vstupních vyšetření se stanoví a dokumentuje vstupní diagnóza (diagnózy) a rizika, která je třeba zohlednit při plánování zdravotní péče.

ⓘ Indikátory standardu:

- PZSS stanoví vnitřním předpisem náležitosti vstupního vyšetření minimálně v rozsahu písmen a) až f) účelu standardu.
- Předpis se v praxi dodržuje.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 5, kritéria a), b), e)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro získávání informací, relevantních pro plánování zdravotní péče.

²⁹ Nelze připustit formulace jako „obvyklý rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření“ nebo „standardní vyšetření klienta“, protože nic takového není normováno.

³⁰ Součástí vstupního vyšetření je vždy posouzení přítomnosti bolesti, výživového stavu a soběstačnosti, dalších relevantních rizik a rovněž psychosociálních a spirituálních potřeb (viz. Standard č. 1.3).

Standard 3.2.

Pro každého klienta, kterému je v PZSS poskytována zdravotní péče, je na základě vyhodnocení všech jeho potřeb písemně stanoven plán zdravotní péče v rozsahu registrovaných zdravotních služeb.

Účel standardu:

Standard vyžaduje, aby u každého klienta, kterému je v PZSS poskytována zdravotní péče, v čase přijetí do PZSS byl **stanoven plán zdravotní péče** a z něj vyplývající plán diagnostických a terapeutických opatření a ošetrovatelské péče včetně režimových opatření. Při plánování a poskytování zdravotní péče klientům dochází k její **integraci s plánem sociální péče** a musí být tedy zřejmé, že se klientům péče poskytuje multidisciplinárně a koordinovaně.

K naplnění standardu není třeba vypracovávat vnitřní předpis, je však nutné zajistit realizaci požadavků standardu. Ve zdravotnické dokumentaci klientů není nutno určitou část explicitně označit jako „plán zdravotní péče“, ze záznamů však musí vyplývat, že zdravotní péče pro daného klienta se při přijetí do PZSS plánuje a že se plán zdravotní péče upravuje v závislosti na změnách zdravotního stavu klienta a s ohledem na průběžně získávané výsledky provedených vyšetření. Plán zdravotní péče obsahuje cíl poskytované zdravotní péče a v rámci jeho přehodnocení rovněž zhodnocení průběhu péče a její efektivity včetně diagnostických nálezů a doporučení pro další období.

Plán zdravotní péče představuje společně s další dokumentací doklad o kvalitě a kvantitě, vhodnosti a přiměřenosti zdravotní péče poskytované danému klientovi.

PZSS **stanoví časové intervaly pro sestavení plánu** zdravotní péče a jeho **přehodnocení** tak, aby interval od přijetí klienta do sestavení plánu zdravotní péče, byl **v souladu s platnou legislativou**.

Indikátory standardu:

1. U každého klienta je v souladu s platnou legislativou stanoven kompletní plán zdravotní péče v rozsahu registrovaných zdravotních služeb.
2. Při plánování zdravotní péče, poskytované klientům, dochází k její integraci mezi jednotlivými nelékařskými zdravotnickými pracovníky PZSS a případně dalšími poskytovateli zdravotní péče.
3. Plán se naplňuje, upravuje a vyhodnocuje v závislosti na přehodnocení (viz. standard č. 3.3.) a vývoji zdravotního stavu klienta.
4. Plán, jeho úpravy a integrace zdravotní péče se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace klienta.
5. Plán zdravotní péče je kompatibilní s plánem sociální péče.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 5, kritéria a), b), c)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro plánování zdravotní péče.

Standard 3.3.

U všech klientů se provádí a dokumentuje pravidelné přehodnocení jejich zdravotního stavu³¹.

Účel standardu:

Pravidelné přehodnocení zdravotního stavu klientů je důležité pro stanovení potřeby zdravotní péče a pro posouzení účinnosti dosud realizované zdravotní péče. PZSS stanoví vnitřním předpisem minimální intervaly a rozsah tohoto přehodnocení. Přehodnocení zdravotního stavu klienta se dokumentuje.

Indikátory standardu:

1. PZSS stanoví vnitřním předpisem minimální intervaly a rozsah přehodnocování zdravotního stavu klientů.
2. Zdravotničtí pracovníci PZSS předpis dodržují.
3. Přehodnocení zdravotního stavu klienta se zaznamenává do zdravotnické dokumentace.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 5, kritérium a), b), c)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro přehodnocování plánu zdravotní péče.

³¹ Vedle pravidelného přehodnocení zdravotního stavu klientů se přehodnocení provádí rovněž v případě např. po propuštění z hospitalizace, na základě doporučení konziliární služby, kdy jsou naordinovány nové léky, případně vyšetření, odběry apod., které se sice provedou, ale již není lékařem hodnocen jejich výsledek.

Kapitola IV.

Návaznost a dostupnost poskytovaných zdravotních služeb

Seznam standardů kapitoly:

- 4.1. Při poskytování zdravotní péče PZSS odstraňuje mechanické, jazykové, kulturní a ostatní bariéry bránící dostupnosti zdravotní péče či jejímu vlastnímu poskytování.
- 4.2. PZSS stanoví a realizuje postup pro zajištění kontinuity zdravotní péče klientům a pro zajištění koordinace činnosti všech pracovníků PZSS. PZSS vždy stanoví nelékařského zdravotnického pracovníka, který odpovídá za koordinaci veškeré zdravotní péče o klienta.
- 4.3. PZSS má systém pro získávání výsledků vyšetření provedených v zdravotnickém zařízení. Klientům PZSS je na základě propouštěcí zprávy z nemocnice nebo na základě doporučení specialistů zabezpečena příslušná zdravotní péče.
- 4.4. Každé předání klienta mezi směnami, mezi druhy péče či při překladech k jinému poskytovateli zdravotních služeb provádí kompetentní pracovník kompetentnímu pracovníkovi, a je upraveno vnitřním předpisem s cílem zajistit klientům standardní úroveň zdravotní péče.
- 4.5. PZSS spolupracuje s ambulantními i lůžkovými poskytovateli zdravotních služeb, s lékaři primární péče a dalšími vhodnými organizacemi s cílem zajistit svým klientům včas a správně odpovídající zdravotní péči.
- 4.6. Před dočasným pobytem klienta mimo PZSS (např. u rodiny, v lázeňském zařízení) jsou klienti, případně jejich blízcí, srozumitelným způsobem informováni o režimových opatřeních v rámci zachování kontinuity poskytované zdravotní péče.

Standard 4.1.

Při poskytování zdravotní péče PZSS odstraňuje mechanické, jazykové, kulturní a ostatní bariéry bránící dostupnosti zdravotní péče či jejímu vlastnímu poskytování.

Účel standardu:

PZSS zajišťuje zdravotní péči různým skupinám obyvatel, někteří klienti mají fyzický handicap, kognitivní či smyslový deficit, mluví různými jazyky či dialekty, mají kulturní odlišnosti nebo jsou u nich přítomny jiné překážky ztěžující jim komunikaci s pracovníky PZSS i další čerpání zdravotní péče. PZSS by měl o těchto překážkách vědět a měl by realizovat taková **opatření**, která je **odstraní či minimalizují**, a to v průběhu celého procesu poskytování zdravotní péče.

Součástí stanovených opatření je u osob s fyzickým nebo smyslovým handicapem informace o dostupnosti a možnostech použití kompenzačních pomůcek³².

i Indikátory standardu:

1. PZSS zná možné překážky čerpání zdravotní péče u klientů.
2. PZSS stanoví postup, jak odstranit či zmírnit překážky při komunikaci klienta s pracovníky PZSS.
3. PZSS stanoví postup, jak zmírnit dopad překážek na poskytování zdravotní péče.
4. Uvedené postupy jsou zavedeny do praxe.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 13 a)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro čerpání zdravotní péče osobami s fyzickým nebo smyslovým handicapem.

³² Z veřejných zdrojů lze využít například - <http://rsss.mpsv.cz/projekt/vystupy-a-dokumenty/>.

Standard 4.2.

PZSS stanoví a realizuje postup pro zajištění kontinuity zdravotní péče klientům a pro zajištění koordinace činností všech pracovníků PZSS. PZSS vždy stanoví nelékařského zdravotnického pracovníka, který odpovídá za koordinaci veškeré zdravotní péče o klienta.

☑ Účel standardu:

V průběhu procesu poskytování zdravotní péče se **zajišťuje uspokojování potřeb klienta** pomocí zdrojů v rámci PZSS a v případě potřeby i mimo PZSS. Na zdravotní péči o klienta se v PZSS může podílet více pracovníků PZSS z různých úseků. PZSS zajistí jejich vzájemnou koordinaci a stanoví nelékařského zdravotnického pracovníka, který je odpovědný za koordinaci zdravotní péče poskytované klientovi. PZSS zajistí, aby klienti znali jméno³³ tohoto pracovníka, a aby v případě jeho nepřítomnosti na pracovišti tato odpovědnost přecházela na jiného nelékařského zdravotnického pracovníka.

ⓘ Indikátory standardu:

1. PZSS stanoví vnitřním předpisem postupy, které zajišťují návaznost a koordinaci poskytované zdravotní péče klientům v rámci PZSS³⁴ i mimo PZSS.
2. PZSS stanoví vnitřním předpisem, nelékařského zdravotnického pracovníka, který je odpovědný za koordinaci zdravotní péče o klienta.
3. Klient zná (pokud to jeho zdravotní stav dovolí) nebo má dostupné jméno nelékařského zdravotnického pracovníka, který koordinuje jeho zdravotní péči a je seznámen s návazností jednotlivých činností.
4. Vnitřní předpis se v praxi dodržuje.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 8, kritérium b)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro zajištění kontinuity zdravotní péče.

³³ S ohledem na spektrum klientů a jejich kognitivní funkce není možné vždy zajistit znalost jména zdravotnického pracovníka. Požadavkem tohoto standardu tudíž není povinnost klienta znát, ale povinnost PZSS co nejvíce zvýšit šanci, že tato informace bude pro klienta dostupná. Toho lze dosáhnout např. umístěním nástěnky („O vaše zdraví se stará...“) na pokoji klienta nebo informační tabulky v jeho dosahu.

³⁴ viz § 46 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Standard 4.3.

PZSS má systém pro získávání výsledků vyšetření provedených v zdravotnickém zařízení. Klientům PZSS je na základě propouštěcí zprávy z nemocnice nebo na základě doporučení specialistů zabezpečena příslušná zdravotní péče.

Účel standardu:

Účelem standardu je přiměřené **zabezpečení kontinuity zdravotní péče** při předávání z péče sekundární.

Pokud klienti přichází ze sekundární péče bez výsledků, které jsou nutné k dalšímu správnému rozhodnutí o zdravotní péči, má PZSS vytvořen systém, jak se dozvědět o těchto výsledcích. Výsledky jsou vhodnou formou včleňovány do zdravotnické dokumentace klienta.

i Indikátory standardu:

1. PZSS má vytvořen systém, jak zjistit výsledky vyšetření provedených v sekundární péči a jak s nimi pracovat.
2. Doporučení specialistů jsou realizována, případně je zdůvodněn jiný postup.
3. Výsledky jsou vhodnou formou včleňovány do zdravotnické dokumentace.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 8, kritérium b)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro zajištění kontinuity zdravotní péče.

Standard 4.4.

Každé předání klienta mezi směnami, mezi druhy péče či při překladech k jinému poskytovateli zdravotních služeb, provádí kompetentní pracovník kompetentnímu pracovníkovi, a je upraveno vnitřním předpisem s cílem zajistit klientům standardní úroveň zdravotní péče.

Účel standardu:

Tuto povinnost PZSS uloží svým nelékařským zdravotnickým pracovníkům ve vnitřním předpisu PZSS upravujícím vedení zdravotnické dokumentace.

Vnitřní předpis pro veškeré typy předání klientů upravuje alespoň následující podmínky:

- a) minimální požadavky na kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří klienta předávají/přebírají;
- b) postup při předání klienta mezi směnami;
- c) postup při překladech klienta mezi druhy péče či k jinému poskytovateli zdravotních služeb;
Před překladem klientů k jinému poskytovateli zdravotních služeb, musí tento poskytovatel potvrdit, že klienta přijme; toto potvrzení je zajištěno ještě před vlastním transportem (pokud je to vzhledem k místním podmínkám a stavu klienta možné). Pokud existují formální či neformální dohody o přebírání klientů jinými poskytovateli zdravotních služeb, v předpisu se to uvede;
- d) formu předání klientů (u lůžka, ústně a se zdravotnickou dokumentací, pouze zápisem do zdravotnické dokumentace, předávacím protokolem); při předání klienta do jiného druhu péče či na jiné pracoviště musí být proveden záznam ve zdravotnické dokumentaci klienta;
- e) obsah a formu zápisu do zdravotnické dokumentace klientů při předání.

i Indikátory standardu:

1. PZSS ve vnitřním předpisu upraví postup nelékařských zdravotnických pracovníků při předávání klientů, a to nejméně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
2. Předpis se v PZSS dodržuje.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 6, kritérium a),
- standard č. 8, kritéria b),
- standard č. 10, kritéria c).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro zajištění kontinuity zdravotní péče.

Standard 4.5.

PZSS spolupracuje s ambulantními i lůžkovými poskytovateli zdravotních služeb, s lékaři primární péče a dalšími vhodnými organizacemi s cílem zajistit svým klientům včas a správně odpovídající zdravotní péči³⁵.

Účel standardu:

Odeslání klienta do péče ambulantního či lůžkového zdravotnického zařízení nebo jiné instituce musí být **plánováno**. PZSS zná spektrum zdravotnických zařízení ve své spádové oblasti i to jaké druhy a formy zdravotní péče tato zařízení poskytují a o jaké skupiny klientů pečují. S těmito zdravotnickými zařízeními, případně dalšími institucemi naváže formální nebo neformální vztahy.

i Indikátory standardu:

1. PZSS zná spektrum poskytovatelů zdravotních služeb ve své spádové oblasti.
2. Při zajištění další zdravotní péče využívá PZSS služeb zařízení ve své spádové oblasti, pokud je to možné.
3. Pokud je to možné, zajišťuje se pro klienty podpůrná zdravotní péče.

⇔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 8, kritérium b)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro zajištění kontinuity zdravotní péče.

³⁵ viz § 46 odst. 1 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Standard 4.6.

Před dočasným pobytem klienta mimo PZSS (např. u rodiny, v lázeňském zařízení) jsou klienti, případně jejich blízcí, srozumitelným způsobem informováni o režimových opatřeních v rámci zachování kontinuity poskytované zdravotní péče.

Účel standardu:

Podání jasných **informací o režimových opatřeních** (např. strava, pohybový režim, převazy, stanovení zátěže atd.) při dočasném pobytu klienta mimo PZSS, je zásadní pro zabezpečení optimálních výsledků zdravotní péče. Součástí informací jsou pokyny o tom, za jakých okolností a kde, je třeba neodkladně vyhledat zdravotní péči. PZSS tyto informace poskytne **písemně**, jednoduchým a srozumitelným způsobem.

i Indikátory standardu:

1. Informace o režimových opatřeních pro dobu pobytu klienta mimo PZSS se podávají klientovi, případně jeho blízkým, písemně jednoduchou formou a srozumitelným způsobem.
2. Součástí informací jsou pokyny o tom, za jakých okolností a kde, je třeba neodkladně vyhledat zdravotní péči.³⁶

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 8, kritéria b)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro zajištění kontinuity zdravotní péče.

³⁶ viz § 46 odst. 1 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Kapitola V.

Personální a organizační zajištění zdravotních služeb a profesní rozvoj zdravotnických pracovníků

Seznam standardů kapitoly:

- 5.1. Vedení PZSS plánuje počet zdravotnických pracovníků a jejich kvalifikaci, potřebnou k zajištění odpovídající zdravotní péče o klienty v rozsahu registrovaných zdravotních služeb a další rozvíjení (rozšiřování) této kvalifikace.
- 5.2. Povinnosti každého zdravotnického pracovníka PZSS jsou stanoveny v platné náplni práce.
- 5.3. Všichni pracovníci, kteří poskytují zdravotní péči, mají v souladu s platnou legislativou stanoveno aktuální spektrum svých kompetencí, které jsou pravidelně hodnoceny a aktualizovány.
- 5.4. Všichni pracovníci, kteří poskytují zdravotní péči, jsou při nástupu zaškoleni dle potřeb PZSS a s ohledem na jejich specifickou náplň práce a požadavky legislativy.

Standard 5.1.

Vedení PZSS plánuje počet zdravotnických pracovníků a jejich kvalifikaci³⁷, potřebnou k zajištění odpovídající zdravotní péče o klienty v rozsahu registrovaných zdravotních služeb a další rozvíjení (rozšiřování) této kvalifikace.

Účel standardu:

V návaznosti na poslání PZSS, spektrum poskytované zdravotní péče a potřeby klientů a jejich blízkých a ve vazbě na předepsané normativy, vedení PZSS stanoví **počty potřebných zdravotnických pracovníků**, jejich požadovanou **kvalifikaci** a definuje podmínky a pravidla jejich dalšího **vzdělávání**. Pokud PZSS z nějakého důvodu plán nedodržuje (např. z důvodu nedostatku zdravotnických pracovníků), vedení PZSS tuto skutečnost vede v patrnosti a přijímá opatření, aby tato situace neohrozila kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče.

PZSS standard naplní, pokud prokáže, že **plánuje obsazení jednotlivých pracovišť a kontinuální vzdělávání** nelékařských zdravotnických pracovníků, že tento **plán je aktuální a v praxi se dodržuje**.

V případě lékařů, kteří v PSSZ poskytují zdravotní služby, ale nejsou jeho zaměstnanci (např. mají dodavatelskou smlouvu) se uplatní požadavky tohoto standardu přiměřeně.

i Indikátory standardu:

1. Počty zdravotnických pracovníků pro jednotlivá pracoviště a jejich kvalifikace se v PZSS plánují.
2. Počty a kvalifikace zdravotnických pracovníků odpovídají plánu nebo jsou v PZSS přijímána náhradní opatření.
3. Kontinuální vzdělávání zdravotnických pracovníků se plánuje v souladu s potřebami PZSS.
4. Každému zdravotnickému pracovníkovi – zaměstnanci PSSZ je umožňováno nebo přímo poskytováno vzdělání a odborné školení, které udržuje či zvyšuje jeho odborné znalosti a dovednosti, a to jak v rámci PZSS, tak mimo něj.
5. PZSS dodržuje platnou legislativu v oblasti plánování počtu a rozšiřování kvalifikace zdravotnických pracovníků.³⁸

⇔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 9, kritéria a), b),
- standard č. 10, kritérium b).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje požadavky na plánování personálního zajištění zdravotních služeb kontinuálního vzdělávání zdravotnických pracovníků.

³⁷ Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních; vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění.

³⁸ Viz příloha č. 8 vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb v platném znění.

Standard 5.2.

Povinnosti každého zdravotnického pracovníka PZSS jsou stanoveny v platné náplni práce.

Účel standardu:

Povinnosti a z nich vyplývající pravomoci každého zdravotnického pracovníka (včetně těch, kteří pracují na podkladě jiného než pracovněprávního vztahu) je třeba přesně definovat. Stanovené povinnosti zdravotnických pracovníků musí **odpovídat jejich skutečné činnosti** a musí být **definovány písemně** tak, aby byly pro zdravotnické pracovníky **závazné** (např. jako příloha pracovní smlouvy nebo přímo jako součást dodavatelské smlouvy u externích pracovníků). Při určování náplně práce je třeba postihnout i situace, kdy se povinnosti zdravotnického pracovníka mění (např. při službě mimo pracovní dobu). Pokud se na některé činnosti vztahují zvláštní požadavky na odbornou kvalifikaci (dosažené vzdělání, praxe), náplň práce musí být v souladu s těmito požadavky.

i Indikátory standardu:

1. Každý zdravotnický pracovník PZSS má písemně stanovenou náplň práce.
2. Náplň práce každého zdravotnického pracovníka odpovídá jeho dosaženému vzdělání, kvalifikaci a předchozí odborné praxi.
3. Náplň práce každého zdravotnického pracovníka je aktuální a odpovídá realitě.
4. Zdravotničtí pracovníci znají svoje povinnosti vyplývající z náplně práce.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 9, kritéria b), d)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje povinnosti a postupy zpracování popisů pracovních míst/náplní pro zdravotnické pracovníky.

Standard 5.3.

Všichni pracovníci, kteří poskytují zdravotní péči, nebo se na ní podílejí³⁹, mají v souladu s platnou legislativou stanovené aktuální spektrum svých kompetencí, které jsou pravidelně hodnoceny a aktualizovány.

Účel standardu:

Každý pracovník PZSS, poskytující zdravotní péči (včetně externích pracovníků, stážistů a dalších osob, které se podílejí na poskytování zdravotní péče) musí mít při nástupu do zaměstnání stanovené, společně s popisem pracovního místa/náplně, i **spektrum konkrétních kompetencí⁴⁰**. Kompetence mu jsou přidělovány nejen na základě jeho vzdělání, ale také na základě poslání PZSS, spektra klientů a jejich potřeb, specifických úkolů konkrétního pracoviště a v neposlední řadě osobních znalostí a dovedností, zdravotního stavu a hodnotového systému daného pracovníka PZSS. Při stanovování kompetencí je nutné **vycházet z platné legislativy⁴¹** a je možné přihlídnout například k doporučením odborných společností.

Vzhledem k tomu, že podmínky pro stanovení kompetencí se v čase mění, kompetence všech pracovníků PZSS, kteří se podílejí na poskytování zdravotní péče, musí být **pravidelně aktualizovány** (v intervalu stanoveném PZSS, nejméně však jednou za dva roky). Aktualizace se realizuje na základě **pravidelného hodnocení**, které je, tam kde je to možné, založeno na jasně definovaných kritériích nebo na konkrétních datech o kvalitě práce daného jednotlivce.

Pokud z hodnocení kompetencí pracovníka vyplynou nedostatky, které lze řešit poskytnutím dalšího vzdělávání a školení tomuto pracovníkovi, jsou zahrnuty do jeho individuálního plánu školení a vzdělávání.

Aktuální spektrum kompetencí společně s pravidelným písemným hodnocením kompetencí každého zdravotnického pracovníka je zaznamenáno v jeho **osobním spise**.

Indikátory standardu:

1. Každý pracovník PZSS, který poskytuje zdravotní péči, má v souladu s platnou legislativou stanovené spektrum svých kompetencí, se kterými je seznámen a které jsou uvedeny v jeho osobním spise.
2. Kompetence každého pracovníka, poskytujícího zdravotní péči, jsou vždy při změně a minimálně jednou za dva roky hodnoceny a aktualizovány a pracovníci jsou s výsledky hodnocení seznámeni.
3. Hodnocení a aktualizace kompetencí, jsou tam, kde je to možné, založeny na jasně definovaných kritériích nebo datech o kvalitě práce hodnoceného pracovníka a všichni pracovníci jsou s těmito kritérii seznámeni.

³⁹ Jedná se o nezdravotnické pracovníky PZSS, kteří např. polohují klienty, zajišťují podání stravy, hygienu apod. a jsou k této činnosti prokazatelně zaškoleni.

⁴⁰ Systém přidělování a hodnocení kompetencí je manažerský nástroj používaný k minimalizaci rizik v oblasti řízení lidských zdrojů. Jedná se o systémové a kontinuální hodnocení znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka a jeho schopností tyto znalosti a dovednosti správně uplatnit při poskytování zdravotní péče. Nadřízený zaměstnanec na základě uvedeného hodnocení přiznává podřízeným zaměstnancům oprávnění provádět vyjmenované činnosti a výkony samostatně. Hodnocení i stanovení či přehodnocení kompetencí se provádí opakovaně a je dokumentováno a uloženo v osobním spisu.

⁴¹ Zákon č. 95/2004 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v platném znění; zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění; vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění.



4. Nedostatky zjištěné při hodnocení kompetencí, které lze řešit poskytnutím dalšího vzdělávání a školení, jsou zahrnuty do individuálního plánu vzdělávání pracovníka.
5. Spektrum kompetencí každého pracovníka, poskytujícího zdravotní péči, je aktuální a odpovídá skutečnosti a je v souladu s platnou legislativou.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 9, kritéria, b), d),
- standard č. 10, kritéria a), b).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje povinnosti a postupy zpracování kompetencí pro zdravotnické pracovníky ve vazbě na platnou legislativu.

Standard 5.4.

Všichni pracovníci, kteří poskytují zdravotní péči, jsou při nástupu zaškoleni dle potřeb PZSS a s ohledem na jejich specifickou náplň práce a požadavky legislativy.

☑ Účel standardu:

Nový pracovník, který poskytuje zdravotní péči, chce-li dobře plnit svoji funkci, potřebuje porozumět organizační struktuře PZSS a svému zapojení v ní. Toho dosáhne tím, že se **seznámí s novým pracovištěm a svou vlastní pracovní náplní**. Jako součást takového uvedení do provozu musí být pracovník seznámen se všemi vnitřními předpisy, které se vztahují k jeho práci a musí si osvojit veškeré postupy, které bude provádět. U některých takových činností je s výhodou požadovat po proškoleném pracovníkovi, aby prokázal potřebné znalosti a dovednosti před tím, než je mu umožněno provádět je samostatně. Je rovněž nutné pamatovat na školení, která jsou povinná z platné legislativy (např. školení v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, protipožární ochraně).

Povinnost řádného zaškolení se v přiměřeném rozsahu vztahuje **i na smluvní (externí) zdravotnické pracovníky, stážisty a další osoby⁴²**, které poskytují zdravotní péči PZSS. I v jejich případě platí, že rozsah zapracování odpovídá jejich pracovnímu zařazení.

① Indikátory standardu:

1. Všichni zdravotničtí pracovníci PZSS jsou při nástupu zaškoleni.
2. Délka, rozsah a náplň zaškolení odpovídá pracovnímu místu, které zdravotnický pracovník vykonává.
3. Všichni zdravotničtí pracovníci jsou v rozsahu stanoveném PZSS zaškoleni v oblastech, které vyžaduje platná legislativa.
4. O zaškolení každého zdravotnického pracovníka je veden písemný záznam.

⇔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 9, kritérium c)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro realizaci adaptačního procesu u pracovníků, poskytujících zdravotní péči.

⁴² Jedná se např. o neformálně pečující osoby (např. rodinní příslušníci klienta), které musejí být rovněž v přiměřeném rozsahu poučeny o postupech bezpečné péče a nutnosti koordinace jejich činností s činnostmi pracovníků PZSS.

Kapitola VI.

Zajištění bezpečí prostředí a protiepidemických opatření při poskytování zdravotních služeb

Seznam standardů kapitoly:

- 6.1. PZSS má vytvořen a zaveden do praxe koordinační postup k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče (dále jen institucionálních nákaz) a profesionálních infekcí pracovníků.
- 6.2. V PZSS se dodržuje hygiena rukou.
- 6.3. PZSS stanoví metody a postupy spojené s rizikem infekcí a určí jednotný postup pro hygienicko-epidemiologicky významné situace za účelem snižování rizika infekce pro klienty i pracovníky.
- 6.4. PZSS provádí školení pracovníků v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky.
- 6.5. PSSZ zajistí bezpečí a bezpečnost prostředí a osob.
- 6.6. PZSS zajistí bezpečné nakládání s chemickými látkami a odpadem.
- 6.7. PZSS zajistí bezpečný a spolehlivý provoz zdravotnických prostředků – zdravotnické techniky a měřidel.

Standard 6.1.

PZSS má vytvořen a do praxe zaveden koordinační postup k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik institucionálních nákaz a profesionálních infekcí pracovníků.

Účel standardu:

PZSS standard naplní **vytvořením programu kontroly infekcí**, který zahrnuje způsob a rozsah hlášení infekčních onemocnění⁴³, systém sledování a evidence institucionálních nákaz a profesionálních infekcí pracovníků⁴⁴. Program musí být komplexní a musí zahrnovat jak problematiku zdravotní péče o klienta, tak oblast zdraví pracovníků a začleňuje všechny prostory PZSS sloužící klientům, pracovníkům a návštěvám. Program kontroly institucionálních nákaz a profesionálních infekcí úzce souvisí se zdravotní péčí a dalšími činnostmi v rámci PZSS. Dozorem nad programem kontroly institucionálních nákaz a profesionálních infekcí (sběr dat, předávání hlášení, kontakt s orgánem veřejného zdraví) je pověřen jeden pracovník PZSS. Výsledky monitoringu institucionálních nákaz a profesionálních infekcí jsou pravidelně sdělovány pracovníkům PZSS. **Všichni pracovníci mají orientační přehled o postupu, způsobu hlášení a evidenci** infekčních onemocnění, institucionálních nákaz a profesionálních infekcí. V souladu s platnou legislativou PZSS **spolupracuje s orgánem ochrany veřejného zdraví** a předkládá mu zprávy o výskytu infekčních onemocnění a opatření ke snížení rizik institucionálních nákaz a profesionálních infekcí.

i Indikátory standardu:

1. PZSS hlásí výskyt infekčních onemocnění v souladu s platnou legislativou.
2. PZSS sleduje a analyzuje výskyt všech institucionálních nákaz v souladu s platnou legislativou.
3. PZSS sleduje a analyzuje výskyt všech profesionálních infekcí v souladu s platnou legislativou.
4. PZSS provádí opatření ke snížení vzniku a šíření infekčních onemocnění, snížení rizik institucionálních nákaz a profesionálních infekcí.⁴⁵

↔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 10, kritéria c),
- standard č. 13, kritérium a),
- standard č. 15, kritéria a), b), e).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro prevenci vzniku a šíření infekčních onemocnění.

⁴³ viz § 16 odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění.

⁴⁴ viz § 16 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění.

⁴⁵ Viz §15 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění.

Standard 6.2.

V PZSS se dodržuje hygiena rukou.

☑ Účel standardu:

Mytí a dezinfekce rukou jsou základem prevence institucionálních nákaz. Dodržování zásad hygieny rukou je vhodným indikátorem kvality zdravotní péče.

PZSS standard naplní **dostupností a dostatečným množstvím funkčních zásobníků na mycí emulze a mýdlo, dezinfekční prostředky a jednorázové ručníky na místech epidemiologicky a provozně významných**. Po spotřebování dezinfekčního přípravku v dávkovačích je nutné dávkovač mechanicky omýt, doplnit dezinfekčním přípravkem a označit datem plnění, expirací a názvem dezinfekčního přípravku.

Na viditelných a dostupných místech je vhodné umístit **názorné obrázky** správné techniky mytí a dezinfekce rukou (hygienická) a používání rukavic. Pracovníci jsou **pravidelně školeni** kompetentními osobami ve správné technice mytí a dezinfekce rukou v souladu s platnou legislativou. O školení je vedena evidence. PZSS kontroluje pracovní postupy a činnosti, kde je vyžadováno mytí a dezinfekce rukou a používání rukavic.

ⓘ Indikátory standardu:

1. PZSS kontroluje správné postupy při mytí a dezinfekci rukou.
2. PZSS provádí opatření ke zvýšení míry dodržování hygieny rukou.
3. PZSS provádí pravidelná školení v hygieně rukou.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 10, kritérium b),
- standard č. 13, kritérium a),
- standard č. 15, kritérium a), e).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro prevenci vzniku a šíření infekčních onemocnění.

Standard 6.3.

PZSS stanoví metody a postupy spojené s rizikem infekcí a určí jednotný postup pro hygienicko-epidemiologicky významné situace za účelem snižování rizika infekce pro klienty i pracovníky.

Účel standardu:

PZSS je povinen dodržovat hygienické požadavky při příjmu a ošetřování klientů v souladu s platnou legislativou.⁴⁶ PZSS stanoví místa a činnosti, kde je předpoklad velkého výskytu nebo rizika infekce a kde to vyžaduje platná legislativa, a vypracuje jednotné postupy, které popíše ve vnitřním předpisu PZSS (např. v provozním řádu či dalších vnitřních předpisech). Riziková místa a činnosti hygienicko-epidemiologicky významné jsou PZSS pravidelně kontrolovány a stanovené postupy a metody se dodržují.

Mezi tyto oblasti a činnosti patří:

- a) ošetření klientů;
- b) zásady dezinfekce;
- c) zásady sterilizace a její kontroly;
- d) zásady manipulace s prádlem;
- e) zásady manipulace se surovinami, se stravou a s prostředky pro její přípravu;
- f) zásady úklidu a malování;
- g) zásady a postup při kontaminaci prostor a ploch biologickým materiálem;
- h) zásady třídění, shromažďování a likvidace odpadu;
- i) zásobování vodou – opatření na prevenci legionelózy;
- j) hlášení infekčních onemocnění, institucionálních nákaz a profesionálních infekcí;
- k) bariérová ošetrovací technika;
- l) režimová a edukační opatření omezující šíření přenosných chorob;
- m) hygiena rukou;
- n) poranění o použitou jehlu, kontaminovanou pomůcku, expozice biologickému materiálu;
- o) odběr a manipulace s biologickým materiálem;
- p) ochranná dezinsekce, deratizace.

i Indikátory standardu:

1. PZSS má vypracovaný provozní řád minimálně v rozsahu písmen a) až l) účelu standardu.
2. Provozní řád se dodržuje.
3. PZSS má definovány činnosti, spojené s rizikem infekce. Formou vnitřních předpisů má stanoveny jednotné postupy za účelem snižování rizika infekce, a to minimálně v rozsahu písmen a) až p) účelu standardu.
4. Vnitřní předpisy se dodržují v praxi a PZSS je kontroluje.

↔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 13, kritérium a),
- standard č. 15, kritérium a), e).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro prevenci vzniku a šíření infekčních onemocnění.

⁴⁶ viz § 17 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví;

Standard 6.4.

PZSS provádí školení pracovníků v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky.

☑ Účel standardu:

PZSS provádí v souladu s platnou legislativou průběžná **školení pracovníků**, např. v oblastech hygieny rukou, třídění a likvidaci odpadu, manipulace s prádlem, stravování, úklid, dezinfekce, sterilizace, hlášení institucionálních nákaz apod. Součástí školení jsou rovněž aktuální hygienicko-epidemiologická rizika a postupy jejich předcházení.

PZSS standard naplní **vypracováním vnitřních předpisů** souvisejících s protiepidemickými opatřeními (viz standard 6.3) a **průběžným školením** pracovníků PZSS v této problematice. Při posuzování shody se standardem bude vyžadováno předložení prezenční listiny či záznamu o provedených školeních (např. semináře, provozní schůzky, porady).

① Indikátory standardu:

1. PZSS provádí školení pracovníků v oblasti hygienicko-epidemiologických předpisů.
2. Školení reaguje na významné změny v oblasti hygienických a epidemiologických požadavků na provoz PZSS v souladu s platnou legislativou.
3. Pracovníci znají a dodržují postupy, ve kterých jsou školeni.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č.10, kritérium b), c),
- standard č. 13, kritérium a).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro prevenci vzniku a šíření infekčních onemocnění.

Standard 6.5.

PSSZ zajistí bezpečí a bezpečnost prostředí⁴⁷ a osob⁴⁸.

☑ Účel standardu:

Bezpečné prostředí je takový stav prostor, budov, pozemků a zařízení, který nepředstavuje riziko, resp. který minimalizuje s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní riziko poškození pro osoby, které se zde pohybují, tedy pracovníky poskytující péči, klienty i návštěvníky PZSS.

Bezpečnost je ochrana pracovníků, klientů a dalších osob a jejich majetku proti útoku, krádeži či poškození.⁴⁹

PSSZ musí v první řadě tyto dva aspekty prostředí (bezpečí a bezpečnost prostředí a osob) **plánovat**, mít stanovené **postupy** k jejich zajištění, pravidelně **školit** k tomuto účelu personál v jeho povinnostech a dále nastavit **plán kontrol, prověrek a revizí** za účelem udržení trvalého bezpečí a bezpečnosti fyzického prostředí. PSSZ dále musí mít nastavený **systém adekvátní reakce** na výsledky kontrol, prověrek a revizí a tento aktivizovat.

PSSZ zajistí **identifikaci všech osob**, se kterými je v pracovněprávním či jiném smluvním vztahu a které vstupují do kontaktu s klienty či se pohybují v prostorách, kde se klientům poskytuje přímá či nepřímá péče. Mezi tyto osoby patří minimálně následující skupiny:

- a) pracovníci v pracovněprávním či obdobném vztahu s PSSZ;
- b) zaměstnanci smluvních dodavatelů;
- c) osoby připravující se v zařízení na výkon zdravotnického povolání;
- d) dobrovolníci;
- e) stážisté;
- f) další osoby, které poskytují péči klientům nebo se jinak podílejí na provozu PZSS.

Prostory a vybavení pro poskytování zdravotní péče jsou **přístupné pouze oprávněným osobám**. PSSZ, s ohledem na rozsah a obsah poskytovaných zdravotních služeb a na potřeby jednotlivých klientů, zavede opatření a procesy zabraňující odchodu klientů s omezenými kognitivními schopnostmi z kontrolovaného prostoru či objektu PZSS. Tyto procesy jsou v rámci možností nastaveny tak, aby individuální klienty co nejméně omezovaly v právu na svobodný pohyb.

⁴⁷ Nařízení vlády č. 272/2011 Sb., o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací v platném znění.

⁴⁸ Jedná se o obecnou prevenční povinnost „criminal compliance“ – systém interních firemních opatření a postupů pro prevenci, detekci a reakci na případná trestněprávní jednání, který je součástí firemní kultury společnosti a je rovněž vyžadován platnou legislativou, např. zákonem č. 183/2016 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

⁴⁹ Příklady nedostatků v oblasti bezpečí fyzického prostředí mohou být nezajištěná okna např. na pracovištích se zvláštním režimem, kde hrozí nebezpečí pádu klienta apod., ostré či jinak nebezpečné součásti zařízení či vybavení společných prostor PZSS, chybějící poklopy kanalizace, zábradlí nebo například volně přístupné chemikálie či nebezpečný odpad. Příklady problémů s bezpečností jsou volně přístupná oddělení, kde se vyskytují nesoběstační klienti, citlivé informace či důležitá zařízení, jejichž poškození by mohlo narušit fungování PZSS nebo ohrozit klienty. Zákon č. 250/2021 Sb., o bezpečnosti práce v souvislosti s provozem vyhrazených technických zařízení a o změně souvisejících zákonů a související předpisy.

Indikátory standardu:

1. PSSZ plánuje a řídí zajištění bezpečí a bezpečnosti prostředí a osob včetně plánování a realizace revizí vyhrazených technických zařízení a budov v souladu s platnou legislativou.
2. Zajištění bezpečí a bezpečnosti prostředí se plánuje a řídí též v případě staveb, rekonstrukcí či jiných situací, které mohou bezpečí a bezpečnost přechodně narušit.
3. Prostor je předmětem pravidelných kontrol z hlediska bezpečí a bezpečnosti.
4. Všechna identifikovaná rizika v oblasti bezpečí a bezpečnosti jsou odstraňována či s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti minimalizována. V případě rizik, jejichž odstranění vyžaduje delší dobu, větší investici a podobně, je jejich odstranění plánováno a v mezidobí jsou přijímána adekvátní náhradní opatření.
5. Všechny osoby, minimálně v rozsahu písmen a) až f) účelu standardu, jsou v prostorách PZSS identifikovány.
6. Pracovníci PZSS včetně externích dodavatelů, znají a dodržují své povinnosti v zajištění bezpečí a bezpečnosti fyzického prostředí a osob.
7. PSSZ má systém opatření, kterými zabraňuje odchodu klientů s omezenými kognitivními schopnostmi z kontrolovaného prostoru či objektu PZSS tak, aby individuální schopnosti a právo na pohyb byly omezeny co nejméně.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č.13, kritérium a), b),
- standard č. 1, kritérium d),
- standard č. 2, kritérium a), b).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro dodržování práv klientů při poskytování zdravotní péče.

Standard 6.6.

PZSS zajistí bezpečné nakládání s chemickými látkami a odpadem.

☑ Účel standardu:

Oblast manipulace s chemickými látkami a nakládání s odpadem je regulována národní i evropskou legislativou.⁵⁰ Její dodržování je pro naplnění tohoto standardu zásadní.

PZSS upraví nakládání s chemickými látkami a odpadem vnitřním předpisem (vnitřními předpisy), jehož předmětem musí být alespoň:

- a) typy chemických látek a druhy odpadů, které se v PZSS vyskytují;
- b) zásady shromažďování (u odpadu), skladování, označování, manipulace s chemickými látkami a odpadem;
- c) používání osobních ochranných pracovních prostředků;
- d) likvidace chemických látek a odpadu;
- e) postup při nehodách a haváriích;
- f) rozsah školení pracovníků v nakládání s chemickými látkami a odpadem.

ⓘ Indikátory standardu:

1. PZSS dodržuje platnou legislativu v oblasti nakládání s chemickými látkami a odpadem.
2. PZSS upraví nakládání s chemickými látkami a odpadem vnitřním předpisem (vnitřními předpisy), který obsahuje alespoň oblasti uvedené v písmenech a) až f) účelu standardu.
3. S chemickými látkami a odpadem se v PZSS nakládá dle vnitřního předpisu, pracovníci znají své povinnosti a dodržují je.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 13, kritérium a),
- standard č. 10, kritérium b),
- standard č. 1, kritérium c).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro zajištění bezpečí prostředí ve vazbě na poskytování zdravotní péče.

⁵⁰ viz zákon č. 350/2011 Sb., chemický zákon v platném znění; zákon č. 541/2020 Sb., o odpadech v platném znění; vyhláška č. 273/2021 Sb., o podrobnostech nakládání s odpady; Nařízení vlády č. 145/2008 Sb., kterým se stanoví seznam znečišťujících látek a prahových hodnot; zákon č. 18/1997 Sb., atomový zákon v platném znění; zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech v platném znění a další související právní předpisy.

Standard 6.7.

PZSS zajistí bezpečný a spolehlivý provoz zdravotnických prostředků – zdravotnické techniky a měřidel.

☑ Účel standardu:

Provoz zdravotnických prostředků – zdravotnické techniky a měřidel podléhá legislativě⁵¹. Jedním z požadavků standardu je tedy dodržování legislativy v této oblasti.

PZSS standard naplní, pokud prokáže, že eviduje všechnu zdravotnickou techniku a měřidla, která jsou zde používána, a to včetně přístrojů darovaných, zapůjčených, ve zkušebním provozu a podobně. U zdravotnické techniky a měřidel jsou s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce konkrétního přístroje plánovány, prováděny a dokumentovány pravidelné revize, kalibrace, ověření, validace, bezpečnostně technické kontroly či další příslušné úkony k zajištění jejich spolehlivého a bezpečného provozu. Pracovníci, kteří s přístroji pracují či se podílejí na jejich údržbě, jsou k tomuto účelu adekvátně školeni⁵² dle požadavků výrobce a v souladu s platnými právními předpisy.

① Indikátory standardu:

1. PZSS dodržuje platnou legislativu v oblasti provozu zdravotnické techniky⁵³ a měřidel.
2. PZSS eviduje všechnu zdravotnickou techniku a měřidla, která se v PZSS používají a plánuje u nich revize, kalibrace, bezpečnostně technické kontroly či další příslušné úkony s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.
3. Všechna zdravotnická technika a měřidla, která se v PZSS používají, mají platné doklady o revizích, kalibracích, ověřeních, validacích, bezpečnostně technických kontrolách či dalších preventivních úkonech s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.
4. Pracovníci, kteří s přístroji pracují či se podílejí na jejich údržbě, jsou k tomuto účelu adekvátně školeni, o tomto školení existují záznamy a pracovníci své povinnosti znají a umějí je popsat.

⇌ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 13, kritérium a),
- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 10, kritérium b).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro zajištění bezpečí prostředí ve vazbě na poskytování zdravotní péče – nakládání se zdravotnickými prostředky.

⁵¹ Viz. zákon č. 505/1990 Sb., o metrologii v platném znění; vyhláška Ministerstva průmyslu a obchodu č. 345/2002 Sb., kterou se stanoví měřidla k povinnému ověřování a měřidla podléhající schválení typu; Zákon č. 375/2022 Sb. Zákon o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro; Zákon č. 90/2021 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, v platném znění; zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, v platném znění a zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, v platném znění; Zákon č. 268/2014 Sb. Zákon o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro.

⁵² Viz §§ 40 - 41 Zákona č. 375/2022 Sb.

⁵³ Viz § 39 Zákona č. 375/2022 Sb.



Kapitola VII.

Nouzové a havarijní situace, řízení rizik při poskytování zdravotní péče

Seznam standardů kapitoly:

- 7.1. PZSS zavede účinný postup provádění kardiopulmonální resuscitace.
- 7.2. PZSS má zavedený systém včasné detekce zhoršení stavu klienta.
- 7.3. PZSS zajistí ochranu před požárem či zakouřením pro klienty, návštěvy a pracovníky.

Standard 7.1.

PZSS zavede účinný postup provádění kardiopulmonální resuscitace.

☑ Účel standardu:

PZSS vytvoří vnitřní předpis, který upraví minimálně následující oblasti:

- a) vybavení jednotlivých pracovišť přístroji, zdravotnickými prostředky, případně léčivými přípravky k neodkladné kardiopulmonální resuscitaci (KPR);

Spektrum tohoto vybavení záleží na rozhodnutí vedení PZSS a musí vycházet ze spektra klientů (pečuje-li např. pracoviště jak o děti, tak o dospělé, musí být k dispozici zdravotnické prostředky odpovídající oběma populačním skupinám);

- b) frekvenci kontrol funkčnosti přístrojů a expirační doby zdravotnických prostředků a případných léčivých přípravků (minimálně jedenkrát týdně) včetně záznamů o provedené kontrole;
- c) organizační aspekty provádění KPR – jak probíhá případná resuscitace organizačně (kdo ji zajišťuje pro jednotlivá pracoviště, jaké jsou telefonní kontakty atd.);
- d) rozsah (minimálně v rozsahu metodiky BLS.⁵⁴) a frekvenci školení jednotlivých skupin pracovníků v KPR (minimálně 1x ročně včetně přezkoušení a vedení záznamů o školení)⁵⁵.

Toto proškolení se vždy týká zdravotnických pracovníků a dle rozhodnutí vedení PZSS i dalších pracovníků PZSS. Zvláštní pozornost je věnována včasnému proškolení nově přijatých pracovníků.

① Indikátory standardu:

1. PZSS má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy pro zajištění nepřetržité dostupnosti KPR minimálně v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
2. Praxe v PZSS je v souladu s vnitřním předpisem.
3. PZSS zajistí trvalou dostupnost KPR pro klienty, pracovníky a další osoby ve všech svých prostorech.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 14, kritéria a), b), c),
- standard č. 1, kritérium c).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje ho o postupy poskytování zdravotní péče klientům s urgentním zhoršením zdravotního stavu.

⁵⁴ viz například www.cprguidelines.eu nebo www.resuscitace.cz.

⁵⁵ Příloha č. 1, bod 2.10.1. vyhlášky č. 102/2012 Sb. v platném znění.

Standard 7.2.

PZSS má zavedený systém včasné detekce zhoršení stavu klienta.⁵⁶

☑ Účel standardu:

Všichni zdravotničtí pracovníci poskytující zdravotní péči klientům musí mít dostatečné znalosti a zkušenosti k tomu, aby **identifikovali klienty, u nichž dochází k akutnímu zhoršení zdravotního stavu a zajistili včasnou odpovídající péči**. Pro identifikaci klientů s náhle vzniklým závažným postižením zdraví a klientů v přímém ohrožení života PZSS stanoví kritéria založená na měření fyziologických funkcí (např. systém Early Warning Signs/Paediatric Early Warning Signs) s tím, že tato kritéria jsou zpracována pro všechny populační skupiny klientů PZSS (děti, dospělí) a jsou dostupná na všech pracovištích, kde je poskytována zdravotní péče. PZSS dále zajistí a prověřuje jejich znalost u zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotní péči klientům včetně proškolení o postupu při identifikaci klienta s akutním zhoršením zdravotního stavu. Minimální součástí tohoto postupu je popis aktivace systému (kdy volat lékaře, kdy přivolat KPR tým dle standardu 7.1. nebo rychlou záchrannou službu).

ⓘ Indikátory standardu:

1. PZSS stanoví vnitřním předpisem postup pro včasnou detekci zhoršení stavu klientů a reakci na identifikaci zhoršeného stavu.
2. Vnitřní předpis stanoví kritéria pro včasnou detekci zhoršení stavu, tato kritéria jsou stanovena pro všechny populační skupiny klientů PZSS.
3. Zdravotničtí pracovníci poskytující zdravotní péči vnitřní předpis znají a dodržují.

⇔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 14, kritéria a), b), c),
- standard č. 1, kritérium c).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje ho o postupy poskytování zdravotní péče – časného zvládnutí akutního zhoršení zdravotního stavu u klientů PZSS.

⁵⁶ Metodický pokyn Řešení stavů hrozícího nebo náhle vzniklého selhání základních životních funkcí, vydaný Věstníkem MZČR, částka 11/2019. Uvedený pokyn je sice pro akutní lůžkovou péči, ale může sloužit jako vodítko pro základní orientaci v problematice.

Standard 7.3.

PZSS zajistí ochranu před požárem či zakouřením pro klienty, návštěvy a pracovníky.

☑ Účel standardu:

PZSS splňuje veškeré předpisy a normy v oblasti požáru či zakouření, které vycházejí z národní legislativy.⁵⁷

K zabezpečení PZSS proti požáru či zakouření je nutné přistupovat prostřednictvím **řízení rizik**, jehož součástí je:

- analýza rizika z hlediska požáru či zakouření, kdy se berou v úvahu takové aspekty, jako je množství skladovaných hořlavin, rizikovost činností, které se v daných prostorách provádí (například práce s elektřinou či otevřeným ohněm apod.) a další;
- analýza rizika před stavbou či rekonstrukcí či jinými činnostmi dočasně zvyšujícími riziko požáru či zakouření;
- zavedení takových preventivních opatření, která požární riziko snižují či zmírňují jeho dopady (plechové skříně na hořlaviny, častější kontroly, instalace detekčních systémů, zvýšení dostupnosti prostředků pro zdolávání požáru, školení pracovníků a podobně);
- seznámení pracovníků i externích dodavatelů s riziky na jejich pracovišti či místě výkonu činností a se zavedenými preventivními opatřeními.

Důležitými komponentami protipožárních opatření je **detekce požáru či zakouření** a jeho **zdolávání**. Existuje mnoho variant, jak toto zajistit. Tam, kde nejsou instalována technologická řešení (např. detektory či sprinklery) a za detekci i případné hašení odpovídají pracovníci, je nutné o to důsledněji pracovníky školit a prověřovat jejich znalosti.

Zásadním prvkem protipožárního zabezpečení je rychlé a snadné opuštění ohrožených prostor, **evakuace**. K zajištění evakuace je nutné:

- plánovat evakuaci s ohledem na charakter prostor (umístění v budově, přítomnost evakuačních výtahů), počet pracovníků a klientů, jejich zdravotní stav, schopnost samostatné evakuace, nutnost dozoru nad místem shromažďování evakuovaných a další specifika;
- určit a označit únikové cesty, zajistit volné únikové východy a adekvátní shromaždiště;
- zajistit spolupráci s hasičským záchranným sborem;
- pravidelně prověřovat či nacvičovat⁵⁸ plán evakuace na všech pracovištích, a to minimálně tak, aby na každém pracovišti proběhl takový nácvik či prověření minimálně jednou za dva roky.

Všichni pracovníci musí znát své povinnosti jak v prevenci, tak ve zdolávání požárních situací evakuaci. K tomuto účelu musí být školeni přiměřeně své roli v programu prevence a zakouření a jejich znalosti a dovednosti musí být pravidelně prověřovány.

⁵⁷ zákon č. 133/1985 Sb., o požární ochraně v platném znění; zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému; vyhláška Ministerstva vnitra č. 246/2001 Sb., o stanovení podmínek požární bezpečnosti a výkonu státního požárního dozoru v platném znění; vyhláška Ministerstva vnitra č. 23/2008 Sb., o technických podmínkách požární ochrany staveb v platném znění; vyhláška č. 202/1999 Sb., kterou se stanoví technické podmínky požárních dveří, kouřotěsných dveří a kouřotěsných požárních dveří v platném znění; Nařízení vlády č. 375/2017 Sb., o vzhledu, umístění a provedení bezpečnostních značek a značení a zavedení signálů v platném znění.

⁵⁸ Nacvičováním evakuačního plánu se rozumí simulace skutečné situace, kdy se realizuje celý evakuační plán včetně evakuace klientů, pracovníků, nebezpečného materiálu atd. včetně například zapojení hasičského sboru. Prověřováním evakuačního plánu se rozumí provedení takových činností, které nenaruší normální provoz pracoviště (nejsou například evakuováni klienti). Při prověřování jsou například zkoušena všechna zařízení k evakuaci (evakuační výtahy, požární dveře atd.), měří se čas evakuace jednoho imobilního klienta a následně přepočítává čas nutný k evakuaci při současném počtu klientů a pracovníků, prověřují se znalosti pracovníků a podobně. Prověřování evakuačního plánu je svou kvalitou na nižší úrovni než nácvik, ale lze jej provést bez zásadního ovlivnění normálního provozu.

Kromě prověřování znalostí pracovníků a postupů evakuace je dále nutné pravidelně kontrolovat všechny **ostatní komponenty** programu prevence požáru a zakouření, a to zejména:

- i) dodržování nastavených preventivních opatření (integrita požárních přepážek a dveří, požární klapky, přítomnost hořlavého materiálu apod.);
- j) přítomnost a funkčnost všech používaných zařízení pro detekci a zdolávání požáru či zakouření (detektory, sprinklery, hasicí přístroje, hydranty apod.);
- k) přítomnost příslušného značení, volnost únikových cest, funkčnost únikových východů.

i Indikátory standardu:

1. PZSS dodržuje veškerou platnou legislativu v oblasti prevence požáru či zakouření.
2. PZSS řídí riziko požáru či zakouření minimálně v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
3. PZSS zavede účinný systém detekce a zdolávání požáru či zakouření.
4. PZSS zavede účinný systém evakuace v případě požáru či zakouření minimálně v oblastech uvedených v písmenech e) až h) účelu standardu.
5. PZSS školí všechny pracovníky v jejich roli v programu prevence a zakouření při nástupu a dále v pravidelných intervalech. Znalosti a dovednosti pracovníků jsou pravidelně prověřovány.
6. Všechny komponenty prevence požáru či zakouření jsou pravidelně prověřovány minimálně v rozsahu písmen i) až k) účelu standardu.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 14, kritéria a), b), c),
- standard č. 1, kritérium c).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a upřesňuje postupy zdolávání požáru v kontextu spektra poskytovaných zdravotních služeb a zdravotního stavu klientů (mobilita, kognitivní funkce, věk).

Kapitola VIII.

Zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

Seznam standardů kapitoly:

- 8.1. V PZSS je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče (dále jen program kvality), který je vedením PZSS plánován a řízen a je rozšířen do celého PZSS.
- 8.2. Vedení PZSS společně s vedoucími pracovníky všech pracovišť písemně definuje systém vnitřních předpisů.
- 8.3. V PZSS probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby.
- 8.4. V PZSS probíhá sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytované zdravotní péče.
- 8.5. V PZSS je zaveden účinný postup sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí.

Standard 8.1:

V PZSS je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče (dále jen program kvality), který je vedením PZSS plánován a řízen a je rozšířen do celého PZSS.

Účel standardu:

Zavádění programu kvality s sebou přináší nejen změny v zavedených postupech, ale i zásadní změny v kultuře PZSS a v myšlení pracovníků. Základními pilíři programu kvality jsou jeho **správné řízení, podpora managementu PZSS, a zapojení všech pracovníků**. PZSS jasně určí osobu (osoby), která se bude touto oblastí zabývat, určí její místo v organizační struktuře (nadřízenost, podřízenost, odpovědnosti a pravomoci), poskytne odpovídající zdroje a do programu kvality zapojí jak řídicí, tak řadové pracovníky. Role osoby (osob), která je odpovědná za řízení kvality, je pouze podpůrná a koordinační (prostředník mezi provozem a vedením PZSS). Hlavní manažerská role a odpovědnost za kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče spočívá na vedení PZSS.

Výsledky poskytované zdravotní péče jsou ovlivněny činností různých skupin zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, proto je nutné, aby řízení kvality a bezpečí zdravotní péče zahrnovalo všechny postupy a činnosti celého PZSS⁵⁹. Vedení PZSS tedy stanoví obecný program kvality (vize, cíle kvality a bezpečí, nástroje k jejich dosažení), který zahrnuje veškerá pracoviště PZSS včetně obslužných provozů (např. stravovací provoz, úklid) a veškeré činnosti spojené s kvalitou poskytované zdravotní péče. Program kvality je delegován na všechny vedoucí pracovníky, kteří jej rozpracují do podoby konkrétních úkolů a povinností pro řízené útvary. Funkčnost, efektivita a aktuálnost programu kvality jsou pravidelně přezkoumány vedením PZSS, které tyto výstupy využívá k řízení stejným způsobem, jako využívá k řízení například data o hospodaření PZSS.

i Indikátory standardu:

1. PZSS má zpracován program kvality, jehož součástí je i program zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče, program kvality je rozpracován a rozšířen do celého PZSS.
2. V PZSS je definována osoba (osoby) odpovědná za řízení a pravidelnou aktualizaci programu kvality, která má písemně definované spektrum pravomocí a odpovědností.
3. Vedení PZSS se aktivně podílí na plánování a realizaci programu kvality, schvaluje ho a poskytuje mu adekvátní technické, materiální a jiné potřebné zdroje.
4. Vedoucí pracovníci PZSS všech úrovní řízení se účastní plánování, monitorování a vyhodnocování programu kvality.
5. Pracovníci PZSS jsou seznámeni s programem kvality a umí definovat svou úlohu v rámci jeho naplňování.
6. Vedení PZSS program kvality pravidelně (minimálně 1x ročně) přezkoumává a aktualizuje a výstupy využívá k řízení PZSS.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 15, kritéria a), c), g),
- standard č. 1, kritérium c).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a jasně stanovuje požadavky na postupy řízení kvality a bezpečí v oblasti poskytované zdravotní péče.

⁵⁹ Vzhledem k tomu, že PZSS poskytuje sociálně-zdravotní služby (§ 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění) a péče o klienta musí být komplexní a integrovaná, je třeba propojit program zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče s postupy naplňování standardů kvality sociálních služeb (dle § 88 písm. h, příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění). Zpracování dvou navzájem nepropojených systémů řízení kvality (sociální péče a zdravotní péče) je kontraproduktivní.

Standard 8.2.

Vedení PZSS společně s vedoucími pracovníky všech pracovišť písemně definuje systém vnitřních předpisů.⁶⁰

Účel standardu:

Vnitřní předpisy PZSS jsou nástrojem zajištění **konzistentní praxe v manažerských, klinických i neklinických oblastech, a to jak pro oblast sociálních služeb, tak pro poskytování zdravotní péče**. Vzhledem k velkému počtu činností, které jsou upraveny vnitřními předpisy, jejich vzájemnému propojení, nutnosti provádění změn a aktualizace vnitřních předpisů (životní cyklus dokumentu), je nezbytné, aby vedení PZSS společně se všemi pracovníky, kteří se na vzniku a implementaci vnitřních předpisů podílejí, písemně stanovilo:

- a) typy vnitřních předpisů včetně jejich identifikace a rozsah jejich platnosti;
- b) způsob vzniku jednotlivých typů vnitřních předpisů;
- c) postupy přidělování odpovědností za správu jednotlivých předpisů (garant odbornosti⁶¹);
- d) způsob schvalování a vydávání vnitřních předpisů odpovědnými osobami;
- e) maximální dobu platnosti (periodu ověřování aktuálnosti vnitřních předpisů) a způsob jejich aktualizace;
- f) způsob implementace vnitřních předpisů do praxe včetně školení příslušných pracovníků;
- g) způsob, jakým je zajištěno, že v praxi se pracuje dle aktuálních a platných vnitřních předpisů a že tyto jsou dostupné pro všechny pracovníky, kterým jsou určeny;
- h) způsob rušení a ukončování platnosti vnitřních předpisů, archivace a způsob, jakým je zajištěno, aby nebyly nadále používány;
- i) způsob kontroly dodržování a efektivity vnitřního předpisu.

i Indikátory standardu:

1. V PZSS je písemně definován postup řízení vnitřních předpisů minimálně v rozsahu písmen a) až i) účelu standardu a předpis se v praxi dodržuje.
2. Vnitřní předpisy PZSS jsou vedené v písemné podobě a jsou dostupné pro všechny pracovníky, kterým jsou určeny.
3. Vnitřní předpisy PZSS jsou aktuální a v praxi jsou dodržovány.

⇔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 1, kritéria c).

Standard rozvíjí požadavek SKSS pro oblast poskytování zdravotní péče a specifikuje konzistentní postupy pro komplexní řízení vnitřních předpisů.

⁶⁰ Řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb je komplexní a v zájmu funkčnosti a efektivity musí zahrnovat veškeré procesy PZSS. Z uvedeného důvodu je vhodné, aby byl stanoven jeden postup pro řízení vnitřních předpisů, který bude zahrnovat jak předpisy pro oblast sociálních služeb dle SKSS č. 1, kritérium c), tak předpisy pro poskytování zdravotní péče.

⁶¹ Garantem odbornosti se rozumí osoba, která odpovídá za zpracování příslušného vnitřního předpisu, jeho věcnou správnost, aktuálnost, realizaci revizí, soulad s legislativou a akreditačními standardy.

Standard 8.3.

V PZSS probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče⁶², tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby.

☑ Účel standardu:

Interní audit je základním nástrojem prosazování a udržení změn, které jsou zaváděny v souvislosti se zvyšováním kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Zároveň je tato činnost jedním ze zdrojů zpětné vazby (společně s hlášeními nežádoucích událostí, stížnostmi a indikátory kvality zdravotní péče) pro následné stanovování priorit v rámci dalšího zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Interním auditem jsou prověřovány veškeré postupy a pracoviště, které ovlivňují kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče.

Interní audit je činnost, která vyžaduje určitou odbornou úroveň osob, které ji provádějí. PZSS tedy musí doložit, jak vybírá a připravuje pro tuto činnost pověřené pracovníky. To nepředpokládá povinnost externího proškolení interních auditorů, ale předložení postupu, podle kterého PZSS auditory sám školí.

PZSS má zpracován **vnitřní předpis⁶³**, který definuje kritéria výběru, požadavky na kvalifikaci interních auditorů, odpovědnosti a pravomoci auditorů a auditovaných a postupy pro plánování, realizaci, dokumentování a vyhodnocování interního auditu v PZSS. PZSS standard naplní, když prokáže, že interní audit je **systémově plánován a řízen**, je rozprostřen do celého zařízení a na základě zjištění z auditů jsou **přijímána opatření** ke zlepšování.

Rozsah a obsah interních auditů závisí na typu PZSS a na spektru poskytované zdravotní péče. PZSS zavede pravidelné audity zdravotnické dokumentace a výsledky těchto auditů vyhodnocuje. S výsledky pracuje a pracovníky průběžně informuje o výsledcích kontroly.

❗ Indikátory standardu:

1. V PZSS je stanoven vnitřním předpisem a zaveden do praxe postup interní auditní činnosti, která je plánována a dokumentována.
2. Osoby pověřené interní auditní činností jsou k tomuto účelu školeny a splňují kvalifikační požadavky stanovené PZSS.
3. Interní audit probíhá v celém PZSS a zahrnuje všechny oblasti poskytované zdravotní péče.
4. Závěry interních auditů jsou využívány ke zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.

⇒ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 15, kritéria a), c), e),
- standard č. 1, kritérium c),
- standard č. 10, kritéria b), c).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy interní auditní činnosti v oblasti poskytované zdravotní péče.

⁶² Pro účely tohoto textu je termínem "interní audit" vždy míněn audit zaměřený na dodržování pravidel souvisejících s řízením kvality a bezpečí.

⁶³ U PZSS probíhá auditní činnost jak v oblasti poskytování sociálních služeb, tak zdravotní péče. Optimálním postupem je zpracovat jeden vnitřní předpis pro proces interního auditu, který bude integrovat postupy auditní činnosti jak pro oblast sociálních služeb, tak pro oblast poskytování zdravotní péče.

Standard 8.4.

V PZSS probíhá sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytované zdravotní péče.

☑ Účel standardu:

V PZSS probíhá sběr a analýza objektivních dat o kvalitě poskytované zdravotní péče (indikátorů kvality zdravotní péče). Typ a způsob evidence indikátorů kvality zdravotní péče musí být přiměřené typu PZSS. Způsob, jakým jsou definovány priority v oblasti sběru a analýzy dat, musí PZSS zdůvodnit. Tedy jasně vysvětlit, proč zvolil konkrétní spektrum sledovaných indikátorů, případně proč některé oblasti zdravotní péče sledovány nejsou. Jedním z klíčů, který lze použít pro výběr oblastí sledovaných pomocí indikátorů kvality zdravotní péče, je zaměřit se na postupy, které jsou rizikové, ekonomicky náročné, nekonzistentně prováděné v rámci PZSS či nově zavedené.

Na základě sběru a analýzy dat jsou v PZSS sledovány minimálně tyto oblasti:

- infekce spojené s poskytováním zdravotní péče (dále jen institucionální nákazy) a protiepidemická opatření;
- včasnost, správnost a úplnost zdravotnické dokumentace;
- spokojenost klientů⁶⁴;
- skladování, předepisování a podávání léčivých přípravků.

Práce s objektivními daty o kvalitě a bezpečí vyžaduje jistou erudici a vedení PZSS by mělo zajistit, aby s daty pracovali k tomu kvalifikovaní pracovníci.

Aby se mohlo sledování objektivních dat stát skutečně účinným nástrojem zvyšování kvality, musí být získané informace využívány pro další **zlepšování**.

PZSS demonstruje, která **rozhodnutí byla přijata na základě sledování dat** o kvalitě zdravotní péče a jakým způsobem se předávají výsledky těm pracovníkům, kterých se sledovaná data týkají.

S tímto standardem souvisí též standard č. 8.1, který definuje účast vedení PZSS na řízení kvality a stanovuje požadavek **zveřejňování výsledků** v oblasti kvality a bezpečí.

❗ Indikátory standardu:

- V PZSS probíhá sběr a analýza dat o kvalitě poskytované zdravotní péče v klíčových provozech, minimálně však v rozsahu písmen a) až c) účelu standardu.
- Priority pro takový sběr dat definují vedoucí pracovníci PZSS.
- Výsledky analýzy dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb jsou pravidelně sdělovány všem kompetentním pracovníkům.
- Výsledky sběru a analýzy dat se využívají k trvalému zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.

⇔ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 15, kritéria a), b), c), e), f),
- standard č. 10, kritéria c)

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy sběru a hodnocení dat o poskytovaných zdravotních službách a řízení rizik.

⁶⁴ Hodnocení spokojenosti klientů je nedílnou součástí standardu č. 15, kritérium b) SKSS. Z uvedeného důvodu není třeba provádět samostatné hodnocení spokojenosti klientů dle požadavku tohoto standardu SAK, dostačující je do procesu hodnocení spokojenosti klientů dle SKSS zakomponovat rovněž oblast zdravotních služeb.

Standard 8.5:

V PZSS je zaveden účinný postup sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí.⁶⁵

☑ Účel standardu:

Sběr dat o nežádoucích událostech a jejich kvalitní analýza jsou jedním ze základních vstupů do řízení rizik a kontinuálního zlepšování kvality poskytované zdravotní péče.

PZSS tento standard naplní, když standardizuje a zavede účinný systém pro hlášení nežádoucích událostí, jehož součástí je i identifikace výstražných událostí (např. pád klienta, aspirace klienta při podávání stravy) a nedokonaných pochybení („skorochyb“). Zavedený systém hlášení může rovněž sledovat výskyt provozních či organizačních selhání dle priorit PZSS.

Má-li být systém účinný, musí být dostupný všem pracovníkům, aby mohl kdokoliv informovat o nežádoucí události, a musí zajišťovat ochranu toho, kdo nežádoucí událost hlásí před jakýmkoliv postihem. Toho lze dosáhnout například anonymizací hlášení po jeho doručení na pracoviště, které se šetřením příčin nežádoucích událostí zabývá.

PZSS zpracuje vnitřní předpis, který definuje postupy hlášení, zpracování, šetření, vyhodnocení, dokumentování a komunikování nežádoucích událostí včetně stanovení pravomocí a odpovědností osob, které danou činnost vykonávají.

PZSS doloží praktické využití získaných informací k prevenci rizik a zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče a demonstruje postupy pro zvyšování motivace pracovníků k hlášení nežádoucích událostí. PZSS by měl na příkladech vysvětlit, jakým způsobem využívá této zpětné vazby k zajištění co nejvyšší míry bezpečí poskytované zdravotní péče.

❗ Indikátory standardu:

1. V PZSS je vnitřním předpisem stanoven a v praxi zaveden účinný postup hlášení a analýzy nežádoucích událostí. V rámci tohoto postupu PZSS definuje, které události se považují za nežádoucí, výstražné a nedokonané a definuje jejich závažnost s ohledem na riziko pro klienty, pracovníky a další osoby.
2. Priority takového postupu definují řídicí pracovníci PZSS.
3. Předpisem definované výstražné nežádoucí události jsou intenzivně analyzovány.
4. Výsledky analýzy nežádoucích událostí se využívají k trvalému zvyšování bezpečí poskytované zdravotní péče.
5. Jednotliví kompetentní pracovníci jsou informováni o výsledcích analýzy nežádoucích událostí.

⇌ Vazba standardu na SKSS:

- standard č. 15, kritéria a), b), e),
- standard č. 10, kritéria c).

Standard rozvíjí požadavek SKSS a doplňuje postupy pro sběr a hodnocení dat potřebných k proaktivnímu řízení rizik zdravotní péče.

⁶⁵ Nežádoucí událostí se rozumí poškození klienta nebo riziko tohoto poškození, způsobené činnostmi zdravotnických a ne-zdravotnických pracovníků PZSS, nikoli onemocněním nebo poraněním pacienta.

Příloha č. 1 Vazba SKSS a Standardů SAK

Standard kvality sociálních služeb (SKSS) č.	Vazba na kvalitu zdravotních služeb
1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb	<p>Kritérium a) SKSS č. 1: Poskytuje-li PZSS služby vedle sociálních služeb rovněž registrovanou zdravotní péčí měla by být písemně zpracovaná definice poslání, cílů a zásad poskytované služby komplexní a obsahovat rovněž informace o rozsahu a možnosti čerpání zdravotních služeb. Z toho se odvíjí i okruh osob, kterým jsou služby určeny, jaké jsou k tomuto spektru služeb požadavky na personální vybavení apod.</p> <p>Kritérium c) SKSS č. 1: Jako obligatorní požadavek řízení rizik je zavedení systému pro řízení dokumentů. Cílem je standardizovat rizikové procesy a nastavit pracovníkům takové postupy, které potenciálním chybám předcházejí. Poskytování zdravotních služeb je obecně považováno za proces s vysokou mírou rizika a jako takový musí mít jasně standardizované postupy.</p> <p>Není účelné, aby PZSS mělo dva rozdílné systémy pro tvorbu vnitřních předpisů, dvě osoby, které dokumenty spravují (správce dokumentace) apod. Optimální je definovat jeden postup výběru, tvorby, připomínkování, distribuce, aktualizace, rušení a archivace vnitřních dokumentů, který zohlední všechny typy poskytovaných služeb (sociální i zdravotní).</p>
2. Ochrana práv osob	<p>Kritéria a), b) SKSS č. 2: Dodržování lidských práv a práv osob se zdravotním postižením jsou oblastí, které jsou silně akcentovány nejen na národní úrovni, ale i na té mezinárodní.</p> <p>Práva klienta jsou definována zákonem o sociálních službách, ale v případě, že PZSS poskytuje rovněž registrované zdravotní služby a klient čerpá vedle sociálních služeb i služby zdravotní, vztahuje se na něj rovněž statut pacienta, který má svá práva definovaná zákonem o zdravotních službách. Tato práva nejsou identická s právy dle legislativy pro oblast sociálních služeb, ale jsou identicky závazná.</p> <p>Z důvodu vyšší transparentnosti jak pro klienty a jejich blízké, tak pro pracovníky PZSS je vhodné zpracovat jeden dokument, který bude integrovat požadavky na práva klientů/pacientů obou typů péče.</p>
3. Jednání se zájemcem o sociální službu	<p>Má-li se zájemce o služby poskytované PZSS správně rozhodnout, potřebuje komplexní informace, jejichž součástí musí být rovněž rozsah a forma čerpání zdravotních služeb, viz. komentář u SKSS č. 1, kritérium a).</p>
4. Smlouva o poskytování sociální služby	<p>Smlouva by měla identicky v kontextu SKSS č. 1 a č. 3 obsahovat veškeré relevantní údaje jak z oblasti sociální, tak zdravotní.</p>

5. Individuální plánování průběhu sociální služby	<p>Při poskytování služeb PZSS musí být jejich čerpání, s ohledem na největší přínos pro klienta, realizováno formou integrovaného plánu péče všech profesních skupin, které o klienta pečují. Předpokladem jsou správně nastavené a v praxi dodržované komunikační toky mezi všemi pracovníky PZSS, kteří mají klienta v péči (informace o rizicích klienta, jeho režimových opatřeních, aktuálním zdravotním stavu a jeho změnách apod.). Pokud není komunikační vazba mezi sociální a zdravotní částí služeb propojena, může být tento stav pro klienta vysoce rizikový.</p> <p>Plánování zdravotní péče představuje z dlouhodobého hlediska především udržitelnost zdravotního stavu klienta a jeho sebeobsluhy. Z pohledu potenciálních náhlých změn stavu (krátkodobý plán péče) je zásadní včasná identifikace rizika zhoršení zdravotního stavu a zajištění rychlé intervence v adekvátním rozsahu (např. u jiného poskytovatele zdravotních služeb). Tyto krátkodobé plány zdravotní péče jsou vedeny ve zdravotnické dokumentaci a jejich rozsah a četnost (vyšetření, vizity, epikrízy apod.) jsou stanoveny vnitřním předpisem.</p>
6. Dokumentace o poskytování sociální služby	<p>Služby, poskytované klientovi musejí být dle požadavků platné legislativy dokladovatelné, tedy dokumentované. Identicky jako zákon o sociálních službách specifikuje zákon o zdravotních službách a navazující vyhláška č. 444/2024 Sb. o zdravotnické dokumentaci minimální rozsah a obsah záznamů o zdravotním stavu klienta/pacienta, kterému je poskytována registrovaná zdravotní péče. Uvedené právní normy stanoví minimální požadavky, ZPSS si stanoví vnitřním předpisem rozsah a obsah zdravotnické dokumentace s ohledem na spektrum klientů a poskytované péče.</p> <p>V rámci prevence rizika je jedním z požadavků zajištění dostupnosti potřebných informací o zdravotním stavu klienta a jeho rizicích všem pracovníkům, kteří o něho pečují. Postupy pro vedení zdravotnické dokumentace by měly rovněž zohledňovat návaznost a propojení informací s poskytovanou sociální službou.</p>
7. Stížnosti na poskytování sociální služby	<p>Agenda stížností je typickou ukázkou možného zjednodušení administrativy a zvýšení transparentnosti a srozumitelnosti celého procesu. Není třeba zpracovávat dva různé vnitřní předpisy pro přijímání a řešení stížností (oblast sociálních služeb a oblast zdravotních služeb). Dostačující je jeden standardizovaný postup, který obě části, včetně jejich specifik, popíše a např. stanoví jednu odpovědnou osobu za realizaci procesu (přijímání stížností, zajištění jejich prošetření, komunikaci s klientem/jeho blízkými, analýzu kořenových příčin stížností apod.).</p> <p>Stížnostní agenda je zásadním zdrojem informací pro systémovou prevenci potenciálních rizik a jako taková by měla být zpracovávána a analyzována jednotně za celé PZSS. Pouze takovýto integrovaný výstup může být využit ke kontinuálnímu zlepšování a zvyšování bezpečí klientů a poskytovaných služeb.</p>
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje	<p>Poskytuje-li zařízení vedle sociálních služeb i registrované zdravotní služby (jedná se většinou o služby ambulantního charakteru či ošetrovatelskou péči) musí plánovat spolupráci s dalšími poskytovateli služeb (návaznost na místní obslužnost včetně</p>

	<p>záznamů). Plánování by mělo opět probíhat ve vzájemné spolupráci obou oblastí – sociální péče a zdravotní péče, a to především s ohledem na požadovanou kontinuitu informací, která v bezpečí klientů sehrává zásadní roli.</p>
<p>9. Personální a organizační zajištění sociální služby</p>	<p>Řízení lidských zdrojů je zásadním procesem, který musí být naplněn jak v případě sociální péče, tak zdravotní péče. I když požadavky na kvalifikaci pracovníků, jejich vzdělávání a personální zajištění služeb se liší a je řízeno dvěma zákony, je možno zpracovat pouze jeden vnitřní předpis, který bude postupy řízení lidských zdrojů standardizovat s jasnou specifikací, které postupy jsou společné, které se týkají sociálních služeb a které zdravotních.</p>
<p>10. Profesionální rozvoj zaměstnanců</p>	<p>Identicky jako u kapitoly 9. Personální a organizační zajištění sociální služby.</p> <p>Plánování vzdělávání pracovníků by mělo vycházet nejen z platné legislativy, ale rovněž z potřeb PZSS, např. v kontextu identifikovaných rizik, řízení kvality a bezpečí, zajištění protiepidemických opatření apod. Velmi efektivním se jeví interní vzdělávání pracovníků, kde je možno zohlednit konkrétní podmínky PZSS a vlastní vnitřní předpisy.</p>
<p>11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby</p>	<p>V případě poskytování sociálně zdravotních služeb v PZSS je třeba mít identicky zpracovaný materiál i pro zdravotní péči. Jedná se o základní informace, které by měl rovněž obdržet zájemce o služby PZSS. Pro poskytovatele se jedná o stěžejní informaci pro plánování v kontextu SKSS č. 1, 3 a 4.</p>
<p>12. Informovanost o poskytované sociální službě</p>	<p>Klient, pokud se má svobodně rozhodnout, zda má zájem a chce služby příslušného PZSS čerpat, musí obdržet informace, které mu v rozhodování pomohou. Tyto by měly být zpracovány, pokud možno komplexně, měly by zahrnovat veškeré oblasti služeb, které PZSS nabízí včetně těch, které je schopno zajistit u spolupracujících poskytovatelů a měly by být zpracovány tak, aby byly pro klienta s ohledem na jeho zdravotní stav či případný handicap srozumitelné. Jeden komplexní materiál vždy působí profesionálněji a snižuje hladinu stresu klienta, zatímco více vzájemně nenavazujících dokumentů či složitě propojených ji naopak zvyšuje.</p>
<p>13. Prostředí a podmínky</p>	<p>Bezpečí prostředí je jedním ze základních pilířů prevence rizik a řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Pokud je oblast infrastruktury, ve které je péče poskytována podceněna, existuje potenciálně vysoké riziko pro klienta i při poskytované sociální a zdravotní péči na vysoké úrovni.</p> <p>Oblast bezpečí prostředí rovněž patří mezi silně legislativně regulovanou sféru, a to právě s ohledem na poměrně velká potenciální rizika. Při plánování bezpečného prostředí nelze vycházet pouze z potřeb sociálních služeb (domácí prostředí klienta), ale je nutné v kontextu zvyšující se závislosti klientů na zdravotní péči (změněný zdravotní stav, snížená soběstačnost, změněné kognitivní funkce apod.) vždy vzít v potaz a do plánování bezpečí prostředí zakomponovat i aspekty zdravotní péče.</p> <p>Jednou z rizikových oblastí je např. nakládání s odpady a chemickými látkami, se kterými nemůže být nakládáno jako</p>

	<p>v domácím prostředí, ale musejí být zabezpečeny s ohledem na možný rizikový přístup klienta s poruchou kognitivních funkcí apod. Stravování klientů musí být poskytováno ve vazbě na jejich režimová opatření (zpracován a pravidelně aktualizován seznam diet apod.). Velmi zásadním aspektem bezpečí prostředí je stanovit prostory, do kterých je povolen vstup pouze osobám povolaným a tyto zajistit proti nechtěnému vstupu.</p>
14. Nouzové a havarijní situace	<p>Typickým příkladem může být plánování evakuace zařízení, které nemůže zohledňovat pouze požární úseky, ale musí rovněž vycházet ze spektra klientů a jejich soběstačnosti, počtu pracovníků, např. v nočních hodinách a stavebních dispozic budovy – evakuační výtahy apod.).</p> <p>Z hlediska bezpečí klienta při poskytování péče je zásadním stanovení postupu zajištění kardiopulmonální resuscitace a zavedení systému včasné detekce zhoršení stavu klienta/pacienta. Na většině PZSS není lékař dostupný 24/7 a o to větší důraz je kladen na ostatní pracovníky, přičemž se nejedná pouze o ty zdravotnické. Znat postupy musejí všichni, kteří v PZSS pracují, neboť k akutnímu zhoršení zdravotního stavu může dojít kdekoliv v areálu, např. na zahradě, v jídelně apod.</p>
15. Zvyšování kvality sociální služby	<p>Integrace SKSS č. 15 a standardů SAK z kapitoly VIII – Zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je v rámci snižování administrativní náročnosti procesu stěžejní. PZSS by mělo mít jasně stanovenou osobu/tým osob, které budou proces zvyšování kvalit péče a bezpečí řídit, koordinovat a vyhodnocovat. Provázanost a společné plánování a hodnocení sociální a zdravotní části by měly být obligatorní. Cílem uvedeného procesu je preventivně odstraňovat potenciální rizika a zvyšovat bezpečí klientů, pracovníků i návštěv. Pokud budou obě části sociálně-zdravotních služeb fungovat odděleně, nelze zajistit maximální účinnost.</p> <p>V kontextu SKSS č. 1 - Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb je třeba identicky stanovit i SMART cíle v oblasti kvality a bezpečí, a to ve všech oblastech poskytovaných služeb. Plán naplňování cílů péče, jehož neoddelitelnou složkou musí být kvalita a bezpečí, by měl být pouze jeden a jeho tvorba a vyhodnocování by mělo probíhat společně (jedno přezkoumání efektivity postupů vrcholovým vedením PZSS).</p> <p>Identicky je vhodné stanovit jednotné postupy pro řízení vnitřních předpisů, provádění auditní činnosti, sběru a analýzy dat o kvalitě a plnění stanovených cílů (včetně např. agendy stížností apod.), vedení agendy nežádoucích událostí a řízení rizik apod. Interní audit lze provázat zvlášť pro sociální oblast a zvlášť pro zdravotní oblast, ale při tomto postupu budou chybět data o informační provázanosti obou částí. Minimálně je vhodné si stanovit rovněž body/činnosti, ve kterých se obě služby protnou (povinná spolupráce) a ty společně prověřovat.</p>

Příloha č. 2 Vazba kritérií SKSS a Standardů SAK

Standard kvality sociálních služeb (SKSS) č.	Vzájemná vazba kritérií SKSS a Standardů SAK	
	SKSS	Standardy SAK
1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb	Kritérium a)	1.1
	Kritérium b)	-
	Kritérium c)	1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 4.4, 6.3, 6.6, 6.7, 7.1, 7.2, 7.3, 8.1, 8.2, 8.3
	Kritérium d)	6.5
2. Ochrana práv osob	Kritérium a)	2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6
	Kritérium b)	2.2, 2.3, 2.6
	Kritérium c)	2.1
3. Jednání se zájemcem o sociální službu	Kritérium a)	-
	Kritérium b)	-
	Kritérium c)	-
4. Smlouva o poskytování sociální služby	Kritérium a)	-
	Kritérium b)	-
	Kritérium c)	-
5. Individuální plánování průběhu sociální služby	Kritérium a)	1.9, 3.1, 3.2, 3.3
	Kritérium b)	1.9, 3.1, 3.2, 3.3
	Kritérium c)	1.3, 1.4, 1.9, 3.2, 3.3
	Kritérium d)	-
	Kritérium e)	3.1
6. Dokumentace o poskytování sociální služby	Kritérium a)	1.3, 1.4, 1.12, 1.13, 4.4
	Kritérium b)	-
	Kritérium c)	1.13
7. Stížnosti na poskytování sociální služby	Kritérium a)	2.7
	Kritérium b)	2.7
	Kritérium c)	2.7
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje	Kritérium a)	-
	Kritérium b)	1.1, 1.8, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6
	Kritérium c)	-
9. Personální a organizační zajištění sociální služby	Kritérium a)	5.1
	Kritérium b)	5.1, 5.2, 5.3
	Kritérium c)	5.4
	Kritérium d)	5.2, 5.3
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců	Kritérium a)	5.3
	Kritérium b)	1.3, 1.5, 1.7, 5.1, 5.3, 6.2, 6.4, 6.6, 6.7, 8.3
	Kritérium c)	4.4, 6.1, 6.4, 8.3, 8.4, 8.5
	Kritérium d)	-
	Kritérium e)	-
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby	Kritérium	-
12. Informovanost o poskytované sociální službě	Kritérium	1.1
13. Prostředí a podmínky	Kritérium a)	1.10, 4.1, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7
	Kritérium b)	6.5



14. Nouzové a havarijní situace	Kritérium a)	7.1, 7.2, 7.3
	Kritérium b)	7.1, 7.2, 7.3
	Kritérium c)	7.1, 7.2, 7.3
15. Zvyšování kvality sociální služby	Kritérium a)	1.13, 6.1, 6.2, 8.1, 8.3, 8.4, 8.5
	Kritérium b)	6.1, 8.4, 8.5
	Kritérium c)	8.1, 8.3, 8.4
	Kritérium d)	2.1
	Kritérium e)	1.13, 6.1, 6.2, 6.3, 8.3, 8.4, 8.5
	Kritérium f)	8.4
	Kritérium g)	1.13, 8.1
	Kritérium h)	2.7

Příloha č. 3 Seznam vnitřních předpisů, vyžadovaný standardy SAK

Kapitola	Standard	Indikátor	Zaměření předpisu
I.	1.1	účel, 1	Spektrum zdravotní péče, poskytované PZSS
		4	Spektrum poskytovatelů zdravotních služeb ve spádovém území
	1.2	1	Metodika výběru, tvorby a sledování účinnosti standardizovaných postupů pro spektrum poskytované zdravotní péče
	1.3	1, účel	Systém poskytování ošetrovatelské péče
	1.4	2	Postupy hodnocení nutričního stavu klienta a zajištění adekvátní nutriční péče
	1.5	1	Postupy přípravy, skladování a distribuce stravy/nakládání se stravou včetně enterální klinické výživy
	1.6	1	Postupy objednávání a podávání stravy klientům
	1.7.	1	Postupy identifikace a léčby bolesti včetně záznamů ve zdravotnické dokumentaci
	1.8	1	Postupy paliativní péče/péče o umírající klienty
	1.9	2	Postupy identifikace potřeby zajištění rehabilitační péče
	1.10	1	Postupy při objednávání, skladování a likvidaci léčivých přípravků
	1.11, 1.12	1	Postupy podávání léčivých přípravků
	1.13	1	Postupy vedení zdravotnické dokumentace klientů
II.	2.1	1	Popis situací, identifikovaných jako porušení důstojnosti a soukromí klientů v souvislosti s poskytováním zdravotní péče
	2.3	1, 2, 3	Postupy získávání informovaného souhlasu klienta, postupy v případě odmítnutí péče ze strany klienta
	2.6	1, 2	Postupy aplikace omezovacích prostředků
	2.7	1	Postupy přijímání a vyřizování stížností a podnětů
III.	3.1	1	Obsah a rozsah vstupního vyšetření v souladu s rozsahem registrovaných zdravotních služeb
	3.3	1	Stanovení minimálních intervalů a rozsahu přehodnocování zdravotního stavu klientů
IV.	4.2	1	Postupy návaznosti a koordinace poskytované zdravotní péče klientům
	4.4	účel, 1	Postupy předávání klientů
V.	5.1 – 5.4		Postupy řízení lidských zdrojů v oblasti poskytování zdravotní péče
VI.	6.1	účel	Postupy programu prevence infekcí
	6.3	účel, 1, 2	Provozní řád a postupy prevence a snižování výskytu infekcí
	6.6	2	Postupy nakládání s odpady a chemickými látkami
VII.	7.1	účel, 1	Postupy pro řešení neodkladných stavů (KPR)
	7.2	1, 2	Systém/postupy včasné detekce zhoršení stavu klienta
	7.3	Písm. e) účelu, 1	Dokumentace požární ochrany dle platné legislativy, plán nácviku evakuací
VIII.	8.1	1	Program zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče
	8.2	1	Postupy řízení vnitřních předpisů
	8.3	účel, 1	Postupy interního auditu kvality a bezpečí zdravotní péče
	8.5	1	Postupy hlášení a hodnocení nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče